Aus der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie
Ärztlicher Direktor: Professor Dr. R. Lempp
der Nervenklinik der Universität Tübingen

SEELISCHE STÖRUNGEN BEI ERWACHSENEN NACH IN DER KINDHEIT ERLITTENER NATIONALSOZIALISTISCHER VERFOLGUNG

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
der Medizinischen Fakultät
(Klinische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität
Tübingen

vorgelegt von
Armin Johannes Husemann
aus Stuttgart

1980

Aus der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie
Ärztlicher Direktor: Professor Dr. R. Lempp
der Nervenklinik der Universität Tübingen

SEELISCHE STÖRUNGEN BEI ERWACHSENEN NACH IN DER KINDHEIT ERLITTENER NATIONALSOZIALISTISCHER VERFOLGUNG

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
der Medizinischen Fakultät
(Klinische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität
Tübingen

vorgelegt von
Armin Johannes Husemann
aus Stuttgart

1980

Dekan:	Professor Dr. H. Heimann
1. Berichterstatter:	Professor Dr. R. Lempp
2. Berichterstatter:	Professor Dr. W. Kretschmer

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

SOFORTDRUCK H. G. VOGLER TÜBINGEN

Meinen Eltern gewidmet

Inhaltsverzeichnis

Seite

A) Einleitung und Problemstellung 1

B) Die Methode und das Material 3

C) Vergleich der eigenen Daten mit der Literatur 9

D) Aetiologie 21

I. Aspekte der kindlichen Entwicklung 21

II. Verfolgt während der Schwangerschaft 37

III. Verfolgt in der Zeit zwischen der Geburt und dem dritten Lebensjahr 40

1. Der Hospitalismus 44
2. Die frühkindliche Hirnschädigung 52
3. Die Kaspar Hauser-Situation 64

IV. Was hat den Schädigungen Dauer verliehen? 70

Allgemeines 70

1. Die Fehlentwicklung 71
2. Die gleichsinnige Wirkung verschiedener schädigender Einflüsse 73
3. Das Nicht-Erkennen der eigentlichen Schädigungen nach der Befreiung 75
4. Die Behinderung der Weiterentwicklung durch mehrfach bedingte Neurotisierung 76
5. Die Auswanderung und das Berufsleben 78

V. Rückblick auf Kapitel I; ein Grenzfall zwischen Neurose und Psychose 84

VI. Verfolgt in der späteren Kindheit und Jugend 86

E) Ergänzung der Kasuistik 99

F) Zusammenfassung 116

G) Kinderzeichnungen aus Ghettos und Konzentrationslagern 117

H) Literaturverzeichnis 131

A) Einleitung und Problemstellung

Das Problem, das im Titel dieser Arbeit formuliert ist, enthält mehrere Schichten. Im Vordergrund steht die Frage: sind aus kinderpsychiatrischer Sicht Spätschäden im Erwachsenenalter nachweisbar, die auf die Verfolgung während der Kindheit zurückzuführen sind?

Die umfangreiche Literatur über Spätschäden nach nationalsozialistischer Verfolgung enthält kaum Arbeiten über die Spätschäden bei Verfolgung in den ersten Lebensjahren (s.S. 9). Daher liegt der Schwerpunkt dieser Arbeit bei der Altersgruppe der 0-3 jährigen Kinder.

Die theoretisch viel diskutierte Bedeutung der ersten Kindheit für das spätere Leben kann hier an Fällen abgelesen werden, in denen die Kindheit verhindert, schwer gestört oder abgebrochen wurde. Um das vielschichtige Problem der frühkindlichen Entwicklungsphase und ihrer Fernwirkung ins Jugend- und Erwachsenenalter zu erfassen und dabei nicht zu stark zu vereinfachen, war es notwendig, Ergebnisse verschiedener psychologischer und psychiatrischer Richtungen heranzuziehen. Jede dieser Richtungen vermag von ihrem Gesichtspunkt aus etwas beizutragen.

Eine andere Schicht des Problems ist der Nationalsozialismus selbst. Hierauf kann im Rahmen dieser Arbeit nur in Andeutungen eingegangen werden. Dabei erscheint es uns wichtig, auf jene Wurzel des Nationalsozialismus hinzuweisen, die in der moralischen Unfruchtbarkeit des Menschenbildes vorlag, das besonders nach dem 1. Weltkrieg das allgemeine Bewußtsein prägte: der 1. Weltkrieg hatte die aus dem 19. Jahrhundert herüberreichenden Anschauungen und Werte schwer erschüttert. In einer Zeit wirtschaftlicher Not, kultureller Entwurzelung und politischer Unruhen hoffte man mehr denn je, Sicherheit im Umgang mit sich selbst und mit seinesgleichen aus dem Bereich zu erhalten, der damals wie heute den "Fortschritt" repräsentierte: aus der Begriffswelt der Naturwissenschaft

und der Technik. Die Physik z.B. bestätigt sich als Wissenschaft im allgemeinen gesellschaftlichen Bewußtsein dadurch, daß sie befähigt, in der Technik ständig schöpferisch Neues zu schaffen. Man überträgt nun die naturwissenschaftlich-technische Betrachtungsweise auf den Gegenstand, demgegenüber man ebenso sicher urteilen und handeln möchte: auf den Menschen. Das naturwissenschaftlich-technomorphe Menschenbild - der Mensch als kluges Tier oder der Mensch als biochemiscne Maschine - vermochte aber schon damals keine schöpferischen Impulse für das Handeln dem Menschen gegenüber zu liefern. Eine Erkenntnismethode für den Menschen muß ihre Wissenschaftlichkeit daran erweisen, ob das von ihr entworfene Menschenbild ebenso zu schöpferischen, d.h. moralischen Impulsen führt wie die Physik in der Technik zu schöpferischen Impulsen führt. Wo aber die moralische Unfruchtbarkeit des naturwissenschaftlich-technomorphen Menschenbildes - zumal als Grundlage der Pädagogik - herrscht, kann sich auch in menschlichen Gesellschaften tierisches Verhalten entwickeln, kann der Kampf ums Dasein zum politischen System oder zur Maxime Einzelner werden (s.S. 26 ff.).

Es ergab sich also für uns aus dem Thema und diesem Aspekt seines geschichtlichen Hintergrundes die Aufgabe, nach wissenschaftlichen Ansätzen zu suchen, die z.B. die Sonderstellung des Menschen gegenüber dem Tier begründen. Manche Tatsache wurde oft deshalb in die Betrachtung mit einbezogen, weil sie im eben erwähnten Sinne eine ethische Haltung dem Menschen gegenüber erkenntnismäßig zu begründen vermag.

Die verständnisvolle und freilassende Betreuung dieser Arbeit durch Herrn Prof. Reinhart Lempp ermöglichte es mir, die Bearbeitung des Themas in dieser Weise zu versuchen. Ich darf ihm an dieser Stelle herzlich dafür danken!

B) Die Methode und das Material

Das Material, das der vorliegenden Arbeit zu Grunde liegt, besteht aus Gutachten. Sie wurden erstellt im Zentrum für Neurologie und Psychiatrie der Universität Tübingen in der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie von deren Ärztlichem Direktor, Prof. Dr. Reinhart Lempp. Angefordert wurden diese Gutachten im Rahmen von Entschädigungsverfahren jüdischer Emigranten von den folgenden Stellen: Landesamt für Wiedergutmachung Stuttgart, Oberlandesgericht Stuttgart, Landgerichte Stuttgart, Mainz und Wiesbaden.

Die Gutachten wurden erstellt auf Grund der Akten, das heißt, sie gingen aus

1. von den Befundberichten der Allgemeinärzte, Internisten, Psychiater und Psychologen, die die Patienten seit der Befreiung behandelt haben und die sie zur Begutachtung untersucht haben;

2. von den Beschwerden, die die Patienten zu Protokoll gegeben haben;

3. von den Beschreibungen der Verfolgungstatbestände durch die Eltern, Verwandten, Pflegeeltern, Mithäftlinge und andere Zeugen. Diese, wie auch die zu Protokoll gegebenen Beschwerden, waren in der Regel eidesstattliche Versicherungen.

Auf diese drei Quellen bezieht sich auch die vorliegende Arbeit. Sie sind selbstverständlich von unterschiedlicher Zuverlässigkeit und Aussagekraft. Da es sich bei den von Prof. Lempp erstellten Gutachten in den meisten Fällen um Obergutachten handelte, lagen uns immer die Berichte von mehreren untersuchenden Ärzten vor, im Durchschnitt von drei Ärzten, von denen zwei Psychiater waren. So konnten übereinstimmende und abweichende Befunde festgestellt werden; die Genauigkeit der Untersucher konnte vom Gesamtbild ihrer Berichte her in etwa beurteilt werden. Befunden, die durch Testmethoden objektiviert waren, konnte z.B. mehr Zuverlässigkeit beigemessen werden als Befunden, die im Rahmen mehr oder weniger pauschaler Beschreibungen standen.

Bei der Bewertung der Beschwerdeklägen ist die Unsicherheit naturgemäß am größten. Jedoch kommt uns hier zugute, daß nach der Erfahrung der meisten Untersucher die Neigung zur Aggravation und Simulation gerade bei Verfolgten auffallend gering ist (4). Beschwerden, die sich nur im Protokoll fanden, in den ärztlichen Berichten aber nirgends wiedererschienen, wurden aber meistens nicht berücksichtigt.

Wir sind uns des großen Nachteils einer fehlenden persönlichen Untersuchung der Patienten voll bewußt. (Sie leben heute ausnahmslos in Überseeländern.) Es wird sich aber zeigen, daß es auch ohne eine solche Untersuchung wertvoll sein kann, solche Befunde und Verfolgungstatbestände mit den Forschungsergebnissen zu beleuchten, die über die Bedingungen gesunder kindlicher Entwicklung und über einzelne Schädigungseinflüsse inzwischen vorliegen.

V. BAEYER et al. haben festgestellt, daß eine erstaunlich gute Übereinstimmung bestand zwischen den Symptomen und Beschwerden bei Aktengutachten und den durch persönliche Untersuchung festgestellten Symtpomen (Abb. 1).

Insgesamt ist die Gefahr bei der Begutachtung eher die, zu wenig anzuerkennen; das zeigte sich mehrfach dann, wenn von Prof. Lempp die Entscheidung der Verfolgungsbedingtheit mangels ausreichender Befunde abgelehnt werden mußte und dem Gericht eine nochmalige fachpsychiatrische Untersuchung vorgeschlagen wurde. In der Regel ergab eine genauere Exploration dann eindeutig verfolgungsbedingte Spätschäden und wo es um die Bemessung ging, eine Erhöhung der Bemessung. v. BAEYER et al. (S. 259) gelangten in mehr als der Hälfte der von ihnen beurteilten 326 Fälle zu einer Erhöhung der Schadensbemessung gegenüber den Vorgutachtern; nur bei einem Achtel zu einer Erniedrigung (4). Von 51 beurteilten Fällen wurde von Prof. Lempp in 8 Fällen ein Vorliegen verfolgungsbedingter Spätschäden abgelehnt. Die Verfolgungsbedingtheit mußte in diesen Fällen abgelehnt werden,

1. wenn die Befunde und Beschwerden zu unspezifisch und ohne eigentlichen Krankheitswert waren;

2. wenn Patienten in der späten Jugendzeit nur kurze Zeit einer Verfolgung ausgesetzt waren und relativ geringe Beschwerden und Symptome hatten.

In solchen Fällen waren bis zum Beginn der Verfolgung schon mindestens 16 Lebensjahre verstrichen. Die Beschwerden waren damit viel eher auf die vor der Verfolgung verlebte Kindheit bzw. auf die Veranlagung zurückführbar.

MATUSSEK bestreitet grundsätzlich, daß in einer Situation, wo der Arzt Gutachter ist und der Patient für seine Seelenlage entschädigt werden möchte, eine objektive Befunderhebung möglich sei. Er spricht von einem "Zwang zur Symptomanpassung an diese Untersuchungssituation" (51, 52). Die in manchen Fällen sicher vorhandene Verfälschung durch die Gutachten-Situation bewegt sich in einem engen Rahmen. Vor allem handelt es sich dabei um eine Verschiebung der angegebenen Beschwerden auf die Seite der körperlichen Symptome (s. S. 75). Es ist anzunehmen, daß Gutachter mit einiger Erfahrung die durch die Gutachten-Situation entstehenden Einflüsse bei ihrer Beurteilung in Rechnung stellen konnten. Es widerspricht der oben (S. 4) erwähnten geringen Neigung der Verfolgten zur Aggravation und Simulation, diesem Faktor entscheidendes Gewicht beizumessen. Bei MATUSSEK liegt ja ein von den bisherigen Arbeiten wie auch von der unserigen verschiedenes Erkenntnisinteresse vor; die meisten der sich auf Gutachten stützenden Arbeiten über die Spätfolgen nationalsozialistischer Verfolgung untersuchen manifeste krankhafte Persönlichkeitsveränderungen. MATUSSEK versucht dagegen, die gesamten Folgen bis in feine psychologische Bereiche hinein zu erfassen, die "klinisch schwer faßbaren Randerscheinungen" (51, S. 11) mit ins Bild zu bekommen. Nur unter diesem Gesichtspunkt kann es als ein Nachteil erscheinen, daß die KZ-Häftlinge in den meisten anderen Arbeiten schon dadurch ausgelesen sind, daß sie wegen eines Leidens zur Begutachtung einen Arzt aufsuchten. Da diese Arbeiten, wie auch die unsrige, manifeste krankhafte Persönlichkeitsveränderungen untersuchen, ist diese Vorauswahl für sie die geeignete und gewünschte.

Vergleich der Symptomhäufigkeit zwischen Aktengutachten und persönlich untersuchten Fällen

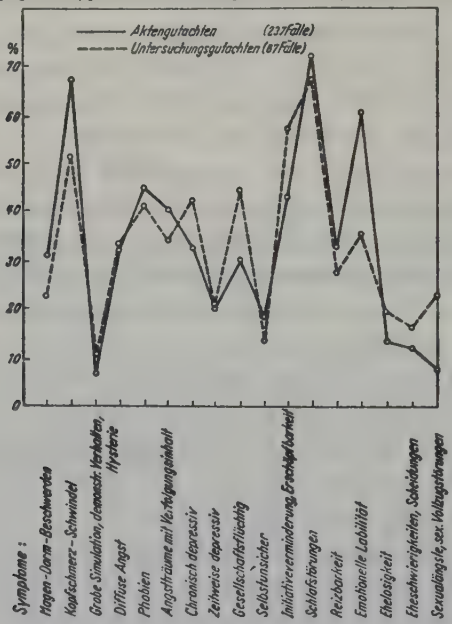


Abb. 1: W.v. BAEYER, H. HÄFNER, K.P. KISKER: Psychiatrie der Verfolgten, Berlin, Göttingen, Heidelberg 1964, S. 274.

Des weiteren sind für MATUSSEK die Ergebnisse früherer Arbeiten über Spätschäden nach nationalsozialistischer Verfolgung dann belanglos, wenn sie nicht durch statistisch signifikante Untersuchungen untermauert sind. KOLLE hat z.B. verschiedene altersspezifische Angstreaktionen bei Verfolgten beschrieben (die "Skala der Angst"). MATUSSEK sagt dazu: "Leider sind diese Annahmen nicht systematisch statistisch untersucht worden. Sie entspringen einem klinischen Eindruck" (51). Nun schreibt MATUSSEK (a.a.O., S. 11) selbst: "Es gibt keine eindeutig zu definierende Belastungseinheit der Konzentrationslagerhaft. Vielmehr wirken verschiedene Elemente auf verschiedene Persönlichkeiten auf verschiedene Weise", meint aber dennoch an einem anderen Ort, er könnte die "Bedeutung der Verfolgungsbelastung durch die Errechnung von Signifikanzen" feststellen (51, S. 39), was sich widerspricht. Die Tatsache der Individualität des Menschen, daß jeder Mensch individuell reagiert, steht eben mit der Grundvoraussetzung der Statistik im Widerspruch: gleiche Einheiten zählen zu können.

Wir müssen hierin KOLLE zustimmen, wenn er sagt: "Dieses Problem ist statistisch nicht erfaßbar... Eben gerade, weil sie Individualitäten, einmalige Personen sind, die so kräftig, so nachhaltig auf die Fährnisse der geschichtlichen Welt geantwortet haben, erheischen sie auch eine je einmalige Beurteilung durch den Psychiater" (36).

Wir gehen so vor, daß wir unsere Daten, also die Symptome, Beschwerden, die schädigenden Einflüsse und das Gesamtbild der Biographie mit den Forschungsergebnissen vergleichen, die über einzelne Schädigungseinflüsse und deren Folgen für die kindliche Entwicklung vorliegen.

Eine statistische Auswertung kommt - abgesehen von den erwähnten grundsätzlichen Schwierigkeiten - schon wegen der geringen Anzahl der Fälle nicht in Betracht. Jedoch erscheint eine grob quantitative Auswertung bei 43 Fällen dann sinnvoll, wenn diese nicht als tragende Stütze der aetiologischen Betrachtung herangezogen wird, sondern z.B. Schwerpunkte in der Symptomatik aufzeigen hilft.

Um die Individualität der Verfolgten zu berücksichtigen, ziehen wir, VENZLAFF folgend (100), die biographische Gesamtsituation in Betracht, worin uns aber leider mangels Angaben zum Teil enge Grenzen gesetzt sind. "Wir kommen aber mit diesen beiden Faktoren (Anlage und Umwelt, d.Verf.) immer noch nicht aus, wenn wir uns ein Bild der Erlebniswirkung auf eine Persönlichkeit machen wollen; vielmehr müssen wir noch drittens ein qualitativ-dynamisches Moment berücksichtigen, das den eigentlichen persönlichkeitsadäquaten Faktor darstellt, der durch die Wechselwirkung von Erlebnisinhalt und der gesamten lebensgeschichtlichen Situation des Individuums ... bestimmt wird." (Hervorhebungen v. VENZLAFF, S. 72). Auch PAUL und HERBERG weisen in diesem Sinne auf die Bedeutung der Lebensgeschichte für die Erforschung der Zusammenhänge hin (59).

C) Vergleich der eigenen Daten mit denen der Literatur

Aus Tab. 1 geht hervor, daß fünf Kinder bereits während der Schwangerschaft der Mutter unter Verfolgung standen. Vergleichbare Fälle wurden bisher in der uns überblickbaren Literatur, die sich mit Verfolgungsschäden befaßt, nicht untersucht.

Weiterhin ist aus Tab. 1 zu entnehmen, daß 12 der Fälle bereits im Alter von 0,0 bis 3,0 Jahren verfolgt waren. In der Literatur sind Arbeiten zu dieser Altersgruppe ebenfalls kaum vorhanden. Folgende Übersicht zeigt die jeweils jüngste der von den Autoren untersuchten Altersgruppen zur Zeit der Verfolgung:

v. BAEYER et al. (4):	7 Fälle im Alter von	1- 6 Jahren
KOLLE (36) :		6-17 Jahre
H. STRAUSS (93) :		5-15 Jahre
BENSHEIM (7) :		6-12 Jahre
PAUL u.HERBERG (59) :	6 Fälle im Alter von	0- 3 Jahre
MATUSSEK (51) :	3 Fälle	"unter 10 J."

Aus der Arbeit von KLIMKOWA-DEUTSCHOWA geht nicht hervor, wie viele der "70 Kinder im Alter von 0-18 Jahren" die Verfolgung im Alter von 0-3 Jahren erlebten.

Die übrigen Arbeiten befassen sich ausschließlich mit im Erwachsenenalter verfolgten Patienten.

Schon aus diesem Verhältnis der Altersverteilung unseres Patientenguts zu der Literatur sind Vergleiche unserer Symptomenliste (Tab. 2) mit denender Literatur schwierig. Differieren doch schon die Literaturangaben bei gleichem Verfolgungsalter und auch sonst weitgehend ähnlichen Bedingungen hinsichtlich der Symptomatik in ihrer quantitativen Verteilung manchmal ganz erheblich, (4, 51). Die Liste von PAUL, in dessen Patientengut 50 % der Fälle im Alter von 5-25 Jahren verfolgt waren, umfaßt folgende Symptome:

Leichte Erregbarkeit (100 %)

Stimmungsbeeinträchtigungen (Depressionen) (92 %)

Verminderte Merkfähigkeit und Konzentrationsschwäche (88 %)

Angstträume	(82 %)	
Angstzustände am Tage	(68 %)	
Kontaktschwierigkeiten	(66 %)	
Neigung zum Weinen	(66 %)	
Leichte Ermüdbarkeit	(64 %)	(58)

EITINGER gab folgender Symptomenkonstallation den Namen "KZ-Syndrom" (32, S. 148):

1. Nachlassen des Gedächtnisses und Konzentrationsschwierigkeiten.
2. Nervosität, Reizbarkeit, Ruhelosigkeit
3. Ermüdbarkeit
4. Schlafstörungen
5. Kopfschmerzen
6. Stimmungslabilität
7. Verdrießlichkeit
8. Schwindel
9. Antriebsverlust
10. Vegetative Labilität
11. Insuffizienzgefühle

Der Art und Konstellation nach (also nicht so sehr hinsichtlich der quantitativen Verteilung im Einzelnen) sind sich alle Autoren in diesem Symptomenbild einig, sie haben es nur mit verschiedenen Namen versehen.

Insoweit stimmt auch das Bild, das sich aus Tab. 2 ergibt, mit dem aus der Literatur bekannten überein. PAUL weist auf eine gewisse Unabhängigkeit von der Art der Verfolgung beim KZ-Syndrom hin. Er fand auch bei anders Verfolgten sehr ähnliche Symptome.

Die "absolute Unabhängigkeit der Symptomatik vom Alter zur Zeit der Verfolgung", die EITINGER festgestellt hat (32, S. 148), gilt nur für das Verfolgungsalter seines Patientengutes: alle Verfolgten waren über 20 Jahre alt. Damit war aber die Lebenszeit, in der altersspezifische Änderungen hätten entstehen können, abgeschlossen. BASTIAANS (6), BAEYER (4), KOLLE (36), H. STRAUSS (93), BENSHEIM (7), TRAUTMANN (97) u.a. haben auf die Sonderstellung der Verfolgung im Kindesalter hingewiesen.

Tabelle 1: Alter zur Zeit der Verfolgung

Fall Nr.	Lebensjahre
1	0;0 - 3;8 (S)
2	0;0 - 5 (S)
3	0;0 - 5;7 (S)
4	0;0 - 1;4 (S)
5	0;0 - 2;4 (S)
6	0;0 - 2;1
7	0;2 - 2;0
8	0;3 - 2;0
9	1;6 - 7 (x)
10	1;9 - 5
11	1;11- 2;10
12	2;6 - 6;5
13	4 - 10
14	6 - 7;6
15	6;1 - 9
16	6;8 - 7;4
17	6 - 11;6
18	8 - 12
19	8;3 - 11
20	10 - 11
21	10;8 - 13;9
22	10;4 - 15
23	11 - 23
24	11;3 - 16;6
25	11;8 - 14;10
26	12 - 17
27	12 - 16;0
28	12 - 17
29	12;3 - 15;5
30	13;2 - 17;7
31	14;2 - 16;7
32	14;4 - 15;5
33	14;6 - 15;3
34	16 - 17
35	17;10 - 20;5
36	18 - 21
37	18;6 - 20;11
38	19 - 21;5
39	16 - 21;11
40	20;5 - 24;0
41	16 - 21
42	17 - 18
43	16 - 22

(S) = Verfolgt zur Zeit der Schwangerschaft

(x) bei fehlender Monatsangabe war diese nicht zu ermitteln.

Tabelle 2: Symptome von 43 Verfolgten.
Erhebungszeit: 1960 - 1976
Alter zur Zeit der Verfolgung: 0;0 - 21 Jahre
Alter zur Zeit der Untersuchungen: 25-48 Jahre

Psychische Symptome		Körperliche Symptome	
Angstzustände	37 (86 %)	Kopfschmerzen	29 (69 %)
Depressionen	37 (86 %)	Magenbeschwerden (Schmerzen, Übelkeit, Brechreiz, Ulcus ventr.)	22 (52 %)
Angstträume	31 (71 %)	Tremor der Hände	18 (43 %)
Schlafstörungen	29 (70 %)	Verdauungsbeschwerden	15 (36 %)
Konzentrationsschwäche	27 (64 %)	Schwindel	15 (36 %)
Erhöhte Erregbarkeit	25 (60 %)	Vermehrte Schweißproduktion	15 (36 %)
Schnelle Ermüdbarkeit	19 (45 %)	Funktionelle Herzbeschwerden	12 (29 %)
Kontaktstörungen	15 (36 %)	Häufige Infektionskrankheiten	7 (17 %)
Neigung zum Weinen	15 (36 %)	Paraesthesien	6 (14 %)
Verminderte Merkfähigkeit	14 (33 %)	Ohnmachten	3 (7 %)
Psych. Infantilismus	14 (33 %)		
Persistierende enge Bindung an die Eltern	10 (23 %)		
Verlangsamung	6 (14 %)		
Verminderte Intelligenz	5 (12 %)		
Suizidversuche und -absichten	4 (10 %)		
Erhöhte Lärmempfindlichkeit	3 (7 %)		
Aggressive Zustände	2 (5 %)		
Zwangsneurose	2 (5 %)		

Arten der Verfolgung

Die verschiedenen Arten der Verfolgung sind in Tabelle 3 zusammengefaßt. Dabei ist zu berücksichtigen, daß viele Kinder mehrere Arten der Verfolgung durchgemacht haben. Hier ist für jedes Kind nur die jeweils längste Zeit aufgeführt, um einen Überblick zu geben. Besonders oft folgte der Zeit im Ghetto die Zeit im Versteck, da die Flucht aus dem Ghetto für einige heute Überlebende der Grund ihres Überlebens ist und die Flucht aus dem Ghetto durch Bestechung, unterirdischen Gang u.ä. manchmal möglich war.

Tabelle 3

	Versteckt bei Fremden	Versteckt mit der Mutter	KZ	Ghetto	Russ. ZAL.
0-11 Jahre	7	3	3	5	3
12-21 Jahre	1	2	12	4	1
zusammen	8	5	15	9	4 = 4

In zwei Fällen ist eine Einordnung in die Tabelle 3 nicht möglich: Im Fall Nr. 23 ist das genaue Verfolgungsschicksal nicht bekannt und im Fall Nr. 34 handelte es sich um ein einmaliges schweres Verfolgungserlebnis, nach dem gleich die Flucht gelang, (s.S.111).

Andere Arten der Verfolgung:
Die Spalte "Russ. ZAL" enthält die Fälle, in denen die Familie durch die SS über die russische Grenze getrieben wurde oder von sich aus vor den Deutschen floh. Dadurch gerieten diese Menschen in russische Gefangenschaft und wurden nach Sibirien in Zwangsarbeitslager (ZAL) befördert. Allein die Transporte waren schwerste Strapazen. Sie geschahen mit Viehwaggons mit völlig unzureichender Ernährung und dauerten Wochen und Monate (s.Fälle Nr. 2,9,3). Auf die anderen Arten der Verfolgung kommen wir später zu sprechen.

Tabelle 4: Symptome der Altersgruppe 0;0-3;0 Jahre (26 % der 43 Gesamtfälle) und ihr prozentualer Anteil an den einzelnen Symptomen des gesamten Krankenguts (s. Tab. 2)

		100 % =
Angstzustände	: 10 (25 %)	37
Depressionen	: 9 (22 %)	37
Schlafstörungen	: 8 (27 %)	31
Angstträume	: 7 (20 %)	29
Konzentrationsschwäche	: 10 (37 %)	27
Erhöhte Erregbarkeit	: 8 (32 %)	25
Rasche Ermüdbarkeit	: 6 (31 %)	19
Kontaktstörungen	: 6 (40 %)	15
Neigung zum Weinen	: 4 (26 %)	15
Verminderte Merkfähigkeit	: 5 (36 %)	14
Psych. Infantilismus	: 5 (36 %)	14
Persistierende enge Bindung an die Eltern	: 7 (70 %)	10
Verlangsamung	: 2 (33 %)	6
Suizidversuche und -absichten	: 2	4
Erhöhte Lärmempfindlichkeit	: -	3
Aggressive Zustände	: 1	2
Zwangsneurose	: -	2
Häufige Infektionskrankheiten	: 5 (71 %)	7

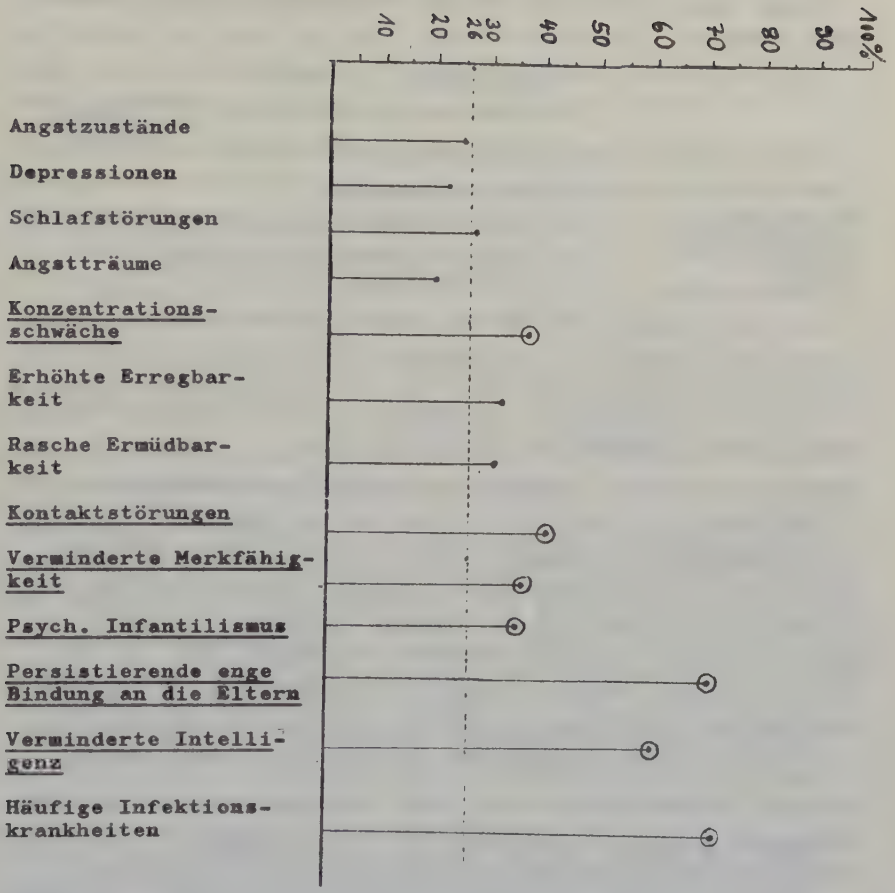


Abb. 2: Anteil der 0-3 Jährigen (26 %) an der gesamten Häufigkeit der Symptome (Graphische Darstellung von Tab. 4).

Aus Tabelle 4 (graphisch dargestellt in Abb. 2) kann man ersehen, daß die Patienten, die im Alter von 0-3 Jahren verfolgt wurden , eine ihren Anteil am Gesamt der Patienten (= 26 %) weit überschreitende Häufigkeit folgender Symptome aufweisen:

- Konzentrationsschwäche)
- Verminderte Merkfähigkeit) "Denkstörungen"
- Verminderte Intelligenz)

"Verminderte soziale Fähigkeiten"
- Kontaktschwäche
- Psych. Infantilismus (Reifungshemmung)
- Persistierende enge Bindung an die Eltern
- Häufige Infektionskrankheiten

Wegen der kleinen Anzahl der Fälle sind hierbei nur die Symptome berücksichtigt, die mehr als etwa 10 % über dem Anteil dieser Altersgruppe am Gesamt liegen.

Geht man davon aus, daß die hier betroffenen Fähigkeiten, in der ganzen Kindheit, vor allem bis zur Pubertät, ihre entscheidende Entwicklungszeit haben - worauf noch einzugehen sein wird -,dann kann man unter dieser Fragestellung für die Gruppe der im Alter von 0-11 Jahren Verfolgten (s. Tab. 1) die Anteile am Gesamt der Symptome errechnen (Abb. 3). Es zeigt sich eine Verdeutlichung der Akzentuierung in den Bereichen der Denkstörungen und der sozialen Fähigkeiten, wie wir diese beiden Komplexe der Einfachheit halber nennen.

Auch v. BAEYER et al. (4, S. 250) stellten fest, daß Kontaktstörungen in der Altersgruppe der 0-13 jährigen Verfolgten bei weitem häufiger auftreten als bei den später Verfolgten (Abb. 4). Sie fanden bei über 50 % der 0-13 Jährigen Kontaktstörungen gegenüber 20-30 % bei in späterem Lebensalter Verfolgten. Dieses Ergebnis stimmt mit dem von uns gefundenen Anteil von 60 % Kontaktstörungen bei den 0-11 Jährigen (Abb. 3) gut überein.

In Bezug auf die seelischen Reifungsstörungen (Psychischer Infantilismus) werden wir bestätigt durch PAUL u. HERBERG (59). In 5 der 23 untersuchten Fälle fanden sie psychische Retardierungen. Das Alter zur Zeit der Verfolgung lag bei ihren

Patienten zwischen 0 und 23 Jahren. Diese 5 Patienten waren alle im Alter von 0-7 Jahren verfolgt worden. Bei den später Verfolgten stellten sie keine psychischen Infantilismen fest. Die Autoren formulieren dieses Ergebnis selbst nicht; es ergibt sich aber aus den Aufstellungen ihrer Befunde, wenn man diese unter unserem Gesichtspunkt betrachtet, den PAUL u. HERBERG offenbar nicht eingenommen haben.

Eine im Erwachsenenalter persistierende enge Bindung an die Eltern wird oft beschrieben; eine Angabe zur Korrelation mit bestimmten Altersgruppen jedoch nicht, erst recht nicht für die Gruppe der 0-3 Jährigen. V. BAEYER et al. (4, S. 232) berichten über zwei charakteristische Fälle, in denen die Verfolgung zwischen 0-3 Jahren und von 3-6 Jahren stattfand; beide Male bestand eine "ausgesprochen regressive Fixierung an das Elternhaus, die bis zur Unfähigkeit, einen Beruf auszuüben, reicht." Auf die charakteristische Verbindung von Berufsschwierigkeiten und Fixierung an die Eltern in unseren Fällen kommen wir auf S.57 und80 zurück.

Weiter heben v. BAEYER et al. mit uns übereinstimmend hervor, daß "autistische Entwicklungshemmungen" (die unserem Komplex von Infantilismus, Kontaktstörung und persistierender Elternbindung entsprechen) gehäuft bei vor dem 10. Lebensjahr Verfolgten auftreten (Tabelle 5). Dazu ist zu bemerken, daß v. BAEYER et al. nur 6 Kinder im Verfolgungsalter von 0-5 Jahren in ihrem Material hatten. Insofern ergänzen sich unsere Befunde (Abb. 2 und 3) und die von v. BAEYER et al. hier besonders aufschlußreich.

Ebenso legt STRAUSS großes Gewicht auf die auffällige Häufung von sozialen Anpassungsstörungen und psychopathischen Zügen bei im Kindes- und Jugendalter Verfolgten (93). Auch KOLLE, BASTIAANS und BENSHEIM heben die Bedeutung der Verfolgung im kindlichen und jugendlichen Alter für spätere Anpassungsstörungen besonders hervor (36, 6, 7).

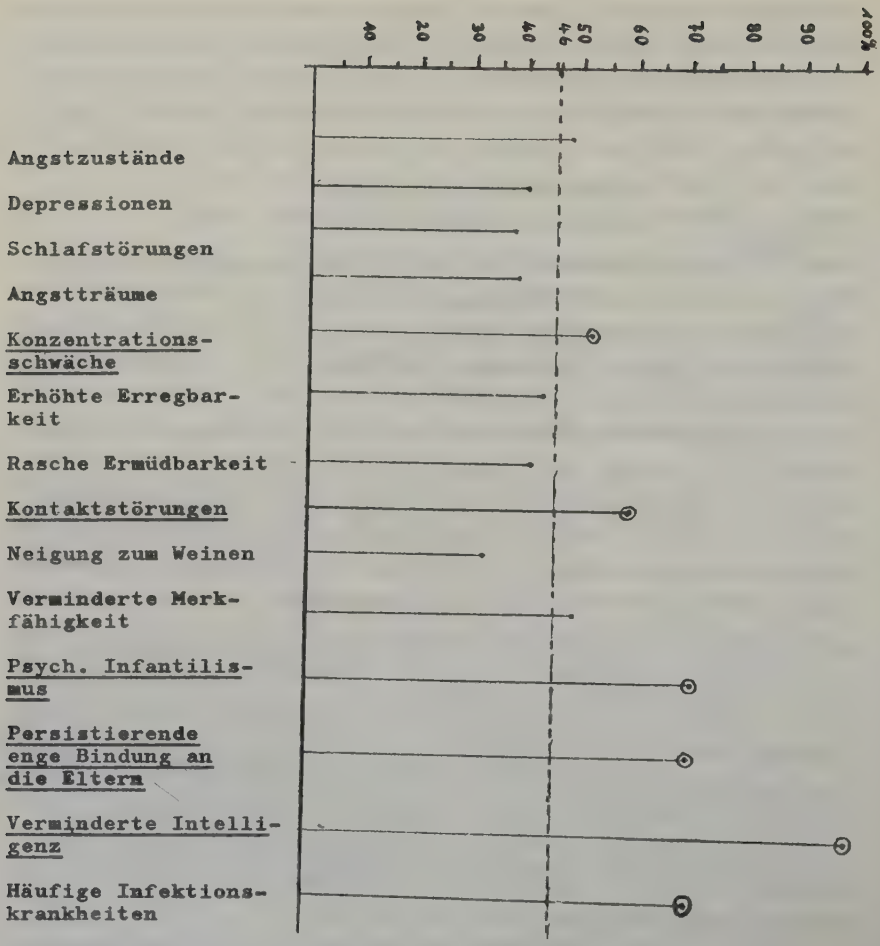


Abb. 3: Anteil der 0-11 Jährigen (46 %) an der gesamten Häufigkeit der Symptome.

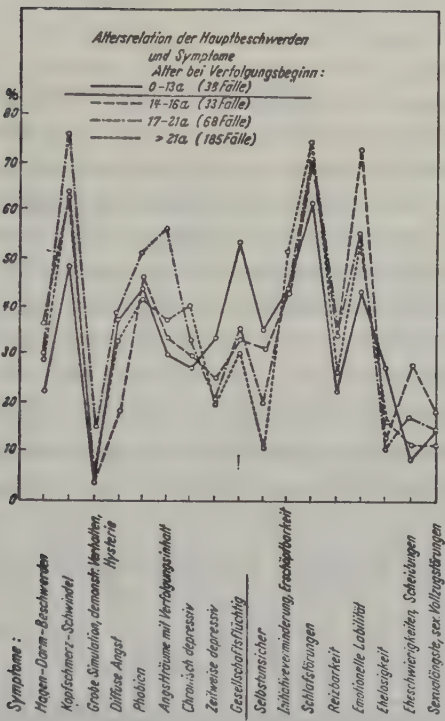


Abb. 4: Aus: V. BAEYER et al. a.a.O., S. 250.

Das Alter zu Beginn der Verfolgung
in seiner Beziehung zu den verfolgungsbedingten erlebnisreaktiven Syndromen

verfolgungsbedingte psychopathisch-charakterneurotische bzw. erlebnisreaktive Syndrome	Alter beim Verfolgungsbeginn			
	bis 10	bis 21	bis 50	über 50
Psychopathien bzw. Charakterneurosen	3	7	6	—
depressiv	—	20	71	6
asthenisch	—	6	16	—
phobisch	1	3	3	—
angstneurotisch	2	55	32	2
anankastisch	—	—	1	—
querulatorisch	—	—	—	—
sensitiv-paranoid	1	2	1	—
autistische Entwicklungshemmungen	5	7	1	—
dissozial	1	4	—	—
hypochondrisch	—	1	2	—
vegetativ	—	3	4	—
sonstige psychogene Körperstörungen	—	—	1	—
tendenziös	—	1	1	—

Tab. 5: Aus: V. BAEYER et al. a.a.O. S.135

Wir sehen in Tab. 6, daß v. BAEYER et al. auch bei den "Psychopathien" eine Häufung in der Gruppe der vor dem 13. Lebensjahr Verfolgten fanden. Unter "Psychopathie" sind dabei hier zusammengefaßt: "schwere Charakterneurosen, Psychopathien und Entwicklungsstörungen der Persönlichkeit" - Diagnosen also, die unsere beiden Symptomenkomplexe mit umfassen. Aus derselben Tabelle ist zu ersehen, daß diese Autoren, wie auch STRAUSS (93), chronisch-reaktive Depressionen in dieser Altersgruppe seltener als bei später Verfolgten (7,89 %). Schon die in der Pubertät Verfolgten zeigen die gleiche Häufigkeit wie die Erwachsenen. Auch wir fanden Depressionen in der Altersgruppe der 0-11 Jährigen eher unterrepräsentiert, während sie in der Altersgruppe der 16-21 Jährigen häufiger sind (Abb. 7) (S. 87)

Auch PAUL u. HERBERG fanden die Störungen der Erwachsenen geprägt von der Entwicklungsphase zur Verfolgungszeit (59, S. 204).

Wir wenden uns nun zunächst der kindlichen Entwicklung selbst zu.

Die Verteilung der gestellten Diagnosen auf die Altersgruppen (bei Verfolgungsbeginn)[1]
(Alle Angaben in Prozentzahlen)

	0-13a	14-16a	17-21a	22-30a	31-50a	50a	Gesamt
Paranoische Reaktion	5,3	—	1,5	1,1	1,1	—	5
	(2)	—	(1)	(1)	(1)	—	
Psychopathie.....	23,6	9,1	14,7	10,6	5,7	—	37
	(9)	(3)	(10)	(10)	(5)	—	
Chronisch-reaktive Depression	7,9	30,3	22,1	26,9	42,0	50,0	92
	(3)	(10)	(15)	(25)	(37)	(2)	
Verschiedene erlebnisreaktive Syndrome	60,5	60,6	60,3	62,4	52,3	50,0	190
	(23)	(20)	(41)	(58)	(46)	(2)	
Nur vegetative Dystonie (verfolgungsbedingt)	—	—	5,9	4,3	3,4	—	11
	—	—	(4)	(4)	(3)	—	
Gesamtzahl der Fälle = 100%	38	33	68	93	88	4	324

[1] Die absoluten Zahlen stehen in Klammern unter den relativen; die wichtigsten Werte sind durch Umrandung hervorgehoben.

Tab. 6 Aus: V. BAEYER et al. a.a.O. S. 249

C) Aetiologie

I. Aspekte der kindlichen Entwicklung

Eine Schwierigkeit bei der Betrachtung und Erforschung der Verfolgungsschicksale liegt darin, daß wir aus verschiedenen Gründen Mühe haben, uns vorzustellen, wie diese Menschen leben mußten und wie sie behandelt wurden. Auf Grund ihres Inhalts möchte sich jeder vor diesen Vorstellungen unwillkürlich schützen, je mehr er sie sich vergegenwärtigt. Die inzwischen vergangene Zeit wirkt abstumpfend bei denen, die "nicht betroffen" waren.

Schließlich liegt die ganz allgemeine Schwierigkeit vor, sich in den Bewußtseinszustand des Kindes zu versetzen, was nicht nur erwachsenen Laien schwerfällt; auch der Psychologie ist es erst spät gelungen, Begriffe zu bilden, die der kindlichen Seele adäquat sind. Dies geschah zuletzt durch die bahnbrechenden Arbeiten von SPITZ und PIAGET.

Deshalb beginnen wir damit, im Hinblick auf unser Thema einige Aspekte zu der Frage beizubringen: was ist der Mensch als Kind für ein Wesen? und: Was braucht er als Kind, um später ein gesunder Erwachsener zu sein? Wenn wir uns das in der hier gebotenen Kürze vergegenwärtigt haben, dann stellen wir dem einige Beispiele frühkindlicher Verfolgungsschicksale gegenüber. Die Symptome der Erwachsenen werden sich dann zu einem Teil erklären lassen.

Durch PORTMANNs vergleichende Betrachtung der tierischen und menschlichen Frühentwicklung ist klar geworden, welche Bedeutung das erste Lebensjahr für den Menschen hat. Diese umfassende Entdeckung der "extrauterinen Schwangerschaft" wirft auf viele Erscheinungen, die bis dahin bekannt waren und die später gefunden wurden, ein klärendes Licht. "Nach einem Jahre erlangt der Mensch den Ausbildungsgrad, den ein seiner Art entsprechendes Säugetier zur Zeit der Geburt verwirklichen müßte. Würde also dieser Zustand beim Menschen auf echte Säugerweise gebildet, so müßte unsere Schwangerschaft etwa um ein Jahr länger sein, als sie tatsächlich ist." (65, S.45).

Der Mensch verläßt also den Uterus vorzeitig. Die weitere artspezifische, d.h. menschliche Entwicklung seines Organismus, braucht anstelle des intrauterinen Milieus die seelisch-soziale und kulturelle Umgebung des Menschen. Und das mit derselben Lebensnotwendigkeit, mit der er vorher Placenta und Uterus brauchte. Von dieser Tatsache zeugen viele Befunde. Angefangen von den Kindern, die "mangels Seelen-Nahrung" starben (87, S. 222) über die Wildkinder, die ohne diese seelisch-kulturelle Fortsetzung ihrer "Embryogenese" keines der wesentlichen menschlichen Artmerkmale entwickelt hatten - weder den aufrechten Gang, noch die Sprache, noch das Denken (81) -, bis zu den Neurosen bei Erwachsenen durch eine gestörte frühkindliche Entwicklung.

Das "extrauterine Frühjahr" macht begreiflich, wie die "Einheit von Mutter und Kind" (FREUD, STIRNIMANN, REMPLEIN u.a.), die "Dyade" (SPITZ), die "Symbiose zwischen Mutter und Kind" (LEMPP u.a.) zu verstehen ist: der Säugling verläßt die physische Hülle des Uterus und bedarf zunächst einer ebenso intakten seelischen Hülle durch die Mutterliebe.

Man scheut sich heute gewöhnlich, einen solchen Gedanken ernst zu nehmen; vielleicht, weil er einen Gemütswert mit sich führt, durch den das Denken, wie es heute erzogen ist, sich verunsichert und auf Abwege geführt fühlt. Darauf spielt MITSCHERLICH an, wenn er sagt: "Die Konstanz der Gegenwart der Mutter ist durch nichts in dieser Zeit gleichwertig zu ersetzen. Darin sind sich alle Anthropologen einig; und zwar nicht deshalb, weil sie sich in Idyllen ergehen, sondern weil zunehmend klarer wurde, daß diese ersten Lebensjahre für die Formation des späteren Charakters Grundlagen schaffen..." (54).

Um diese intakte seelische Hülle zu bilden, braucht die Mutter ihrerseits Sicherheit innerhalb der Familie und der Gesellschaft. Dieses miteinbeziehend prägte REMPLEIN den Begriff des "sozialen Uterus" (68). SPITZ bezeichnet die sich nun anspinnenden Wechselwirkungen zwischen Mutter und Kind[1] als die Grundlage für alle später sich entwickelnden Funk-

1) Die physiologischen Korrelate der "Seelenhülle" sind inzwischen Gegenstand der Forschung geworden (37,72). Die beiden Arbeiten konnten von mir leider an den von MEIER-HOFER u. KELLER angegebenen Stellen nicht gefunden werden.

tionen (86). Er beschreibt auch die dem Uterus gleichzusetzende Lebensnotwendigkeit dieser Seelenhülle für die physische Entwicklung, wenn er bei Neugeborenen komatöse Zustände beschreibt, die er auf die unverhüllte Ablehnung durch die Mutter zurückführt. (87, S. 222)

Aus diesen beiden Ergebnissen von SPITZ geht schließlich die beim Säugling untrennbar verbundene Einheit von seelischer und körperlicher Entwicklung hervor, die auch von anderen Autoren als wesentlich hervorgehoben wird (LEMPP, 41, u.a.).

Von vielen Autoren wird das Bewußtsein des Kindes in der Säuglingszeit so beurteilt, daß dieses völlig eins sei mit der Umgebung. Es unterscheidet die Mutterbrust nicht vom eigenen Körper, allgemein gesagt: es trennt noch nicht zwischen "Ich" und "Nicht-Ich". Dennoch vermag das Kind eine Unterscheidung sehr bald zu machen: die Unterscheidung zwischen der Mutter und allen anderen Eindrücken von außen. Nach 14 Tagen spätestens erkennt es die mütterliche Stimme (68, 90). Die Mutter ist für das Kind insofern eine Ausnahmetatsache unter allen anderen Eindrücken, als sie ein Subjekt ist, ein Ich-Wesen, von dem die Mutterliebe ausgeht. Dadurch kann die "ihrer selbst unbewußte Egozentrik" des Kindes (61) mit der Mutter verschmelzen. Die Einheit von Mutter und Kind ist nur dadurch möglich, daß die Mutter für das Kind nicht Objekt, sondern Teil des Subjekts ist.

Der alte psychoanalytische Begriff von der Mutter als "Liebesobjekt" oder "Lustobjekt", wie er bis heute gebraucht wird, scheint uns deshalb vom Wesentlichen der Mutter-Kind-Beziehung abzuführen und daher unbrauchbar. Der Begriff "Objekt" ist in einer Phase falsch und irreführend, in der das Kind, auch nach FREUD (22, Bd. 14, S. 424), noch nicht zwischen "Ich" und "Nicht-Ich" unterscheidet.

Aus dieser Geborgenheit des Eins-Seins mit der Mutter entwickelt sich später das mehr und mehr bewußte Vertrauen in die Mutter und in die übrige Welt (REMPLEIN, SPITZ), ja, zuletzt auch das Vertrauen in sich selbst. LEMPP formuliert den Tatbestand so: "Die Fähigkeit zur Anpassung erwächt nur aus einer Liebe zur Umwelt und diese kann nur da entstehen, wo sie selbst erfahren wird" (41, S. 233).

Die vertrauensvolle Haltung der Welt gegenüber, die sich ohne einen intakten "sozialen Uterus" nicht entwickeln kann, äußert sich als Unbefangenheit. Die kindliche Unbefangenheit ist jene Weltoffenheit, die das Kind zur Weiterentwicklung von der Mutter weg, in die Welt und zu sich selbst dringend braucht. Diese Unbefangenheit hat aber gleichzeitig das Vertrauen in die Mutter und die Familie als "Rückendeckung" zur Voraussetzung. Unbefangenheit ist die weltoffene Gegenseite des Geborgenseins. Nur durch die Unbefangenheit Welt und Menschen gegenüber kann das Kind bis zur Pubertät jenen inneren Reichtum sich bilden, den es braucht, um sich dann, wenn alle Unbefangenheit schlagartig abbricht, innerlich selbst zu finden. Der Jugendliche trennt sich von den bisherigen natürlichen engen Beziehungen zu den Eltern und zieht sich zurück in einer Krise der Befangenheit Welt und Menschen gegenüber. Jetzt ist es die Frage, ob er im Innern eine Leere vorfindet, oder ob diese Ablösung mit einer Selbstfindung einhergeht; ob er sich findet und die Befangenheit durch eigene freie Gestaltung der Beziehung zur Welt wieder überwindet.

Die völlige seelische Hüllenlosigkeit kann nach SPITZ (87) zum Tode des Kindes führen (s. S. 45). Diese Hülle kann aber auch mehr oder weniger defekt sein; auch eine der äußeren Schichten des "sozialen Uterus" kann so verhindern, daß die innerste Schicht, die Mutterliebe, sich genügend entfalten kann. Fehlt die Mutter, ist sie psychisch von ihrer Zuwendung abgelenkt oder wird sie sogar in dauernde Todesangst versetzt, so ist zu vermuten, daß die erwähnten Wechselwirkungen zwischen Mutter und Kind und damit die "Grundlagen für alle späteren seelischen Funktionen" (SPITZ) in ihrer Bildung beeinträchtigt werden. Dann fehlt später das volle Vertrauen in die Mutter und nach dem oben ausgeführten wird verständlich: an die Stelle der Unbefangenheit tritt schon im frühen Kindesalter die angstvolle Befangenheit. Mit LOOSLI-USTERI können wir sagen: "Der Gegenpol des Vertrauens ist die Angst" (49). Diese angstvolle Befangenheit aber bedeutet mangelnde Bildbarkeit; so wird verständlich, warum die kennzeichnenden Merkmale des psychischen Hospitalismus nicht nur die Retardierung, sondern auch die schwere therapeutische und pädagogische

Beeinflußbarkeit sind (8, 87). Außerdem resultiert oft eine Unterbegabung (76).

Diese Kinder leiden in der Pubertät dann unter der Kontaktgestörtheit und der gleichzeitigen inneren Leere, die sie als Langeweile erleben, weil die verfrühte Befangenheit sie in der Kindheit nichts aufnehmen ließ. Die Ablösung vom Elternhaus ist nicht Symptom der sich vollziehenden Selbstfindung, sondern verzweifelte Suche nach einem Ersatz der mangels Vertrauen abgelehnten Bezugsperson. Oft resultiert eine verfrühte Ehe, wie in unserem

Fall Nr. 6: Rita K., geb. am 1.1.1942, verbrachte das Leben seit der Geburt bis zum Alter von 2;1 Jahren in drei verschiedenen Ghettos zusammen mit der Mutter. Die ersten Zähne bekam sie mit 18 Monaten. Mit 2;6 Jahren begann sie zu sprechen und mit 4 Jahren zu laufen. In diesem Alter war sie auch erst sauber. Sie hatte damals "einen Bauch voll Wasser und dünne Beine". Verwandte im Ghetto starben an Hunger und Infektionskrankheiten. In der Schule später mußte sie jede Klasse wiederholen und ging schließlich mit 14 Jahren aus der 3. Volksschulklasse ab von der Schule. Die Familie wechselte während ihrer Kindheit insgesamt sieben Mal unfreiwillig den Wohnort. Mit 16 Jahren heiratet sie, bekommt 2 Kinder, die in einer Privatschule für psychisch gestörte Kinder leben und läßt sich mit 19 Jahren wieder scheiden. Untersuchung 1973: Sie raucht pro Tag 60 Zigaretten, auch während der Untersuchung pausenlos. Sie hat zwei Suizidversuche mit Tabletten hinter sich und leidet unter Angstzuständen mit depressiven Tendenzen. Die Patientin macht einen infantilen Eindruck. Sie lutscht noch heute Daumen und zeigt eine starke Abhängigkeit von den Eltern.

"Es ist einleuchtend, daß überall da, wo die familiäre Ordnung usw. gestört war, der Entwicklungsschritt der Pubertät nicht oder nur mit größeren Schwierigkeiten bewältigt werden kann. Der Jugendliche weigert sich, den weiteren Schritt zu tun, bevor er nicht die versäumten Entwicklungsschritte der Kindheit bewältigt, d.h. nachgeholt hat." (41, S. 273).
(s. dazu S. 89!)

Ist bei den Säugetieren die Ontogenese mit der Geschlechtsreife abgeschlossen, so ist es für den Menschen kennzeichnend, daß körperlich ein Wachstumsschub einsetzt (66). Seelisch zeigt der Pubertierende eine hochgradige, gespannte Empfindlichkeit, die eine uneingestandene Empfänglichkeit ist und zu entsprechend abrupten und intensiven Abwendungen führt. Man muß geradezu von einer sensiblen Phase im Sinne einer erhöhten Bildbarkeit sprechen, wie es zuletzt die Säuglingszeit war. Es ist ja bekannt, wie die Motorik in der Pubertät zurückfällt auf einen Geschicklichkeitsgrad, der in der Schulkindzeit längst übertroffen war. "Die schulkindliche elegante, graziöse Motorik wird vorübergehend schlaksig, ungesteuert und eckig, ja sie kann Formen annehmen, wie wir sie bei bestimmten Gehirnerkrankungen, z.B. beim Veitstanz, sehen. Erst später, in der zweiten Hälfte der Pubertätsphase, wird der Bewegungsablauf wieder ruhiger, kraftvoller, sicher" (41, S. 266). Auch die Körperbeherrschung muß neu gelernt werden, was eine weitere Parallele zur Kleinkindzeit ist. Schließlich ist als wesentlich in dieser Phase die Identifikation mit einer neuen, nun idealischen, vorbildhaften, meistens väterlichen Bezugsperson zu erwähnen (s. S. 88). Dies kann als eine Metamorphose der unbewußten Mutter-Kind-Identifikation der Säuglingszeit begriffen werden.

Alles zusammen gesehen stellt die Pubertätsphase somit ein Stadium intensiver Weiterentwicklung dar, wobei im Verlauf und Ergebnis eine enge Abhängigkeit vom seelisch-sozialen Umraum vorliegt, sodaß wir mit PIAGET u. INHELDER sagen müssen: "Daraus geht hervor, daß die Psychologie des Kindes als eine Wissenschaft anzusehen ist, die einen besonderen Ausschnitt einer allgemeinen Embryogenese studiert, die weit über die Geburt hinaus reicht und das organische wie geistige Wachstum bis zu jenem Zustand relativer Ausgeglichenheit umfaßt, den das Erwachsensein darstellt." (61, S. 9).

Wir sehen, daß jedenfalls in der Ontogenese das Prinzip der menschlichen Entwicklung nicht lautet: "Kampf ums Dasein", sondern: "Hilfe zum Menschsein durch den Menschen". In der menschlichen Entwicklung, das zeigen die Arbeiten von SPITZ

am deutlichsten, ist das biologische Prinzip: die moralische Verantwortung der Eltern und Erzieher[x]).

Der Nationalsozialismus verwirklichte den "Kampf ums Dasein" als tierisches Prinzip im menschlichen Zusammenleben, das Prinzip der Auslese (51, S. 15). Man bedenke, welchen zynischen Sinn das Wort "Selektion" vor dem Hintergrund von Auschwitz bekommt. Sie waren teilweise sehr konsequent in der Ausführung ihrer Ideen; hier ist der Punkt, an dem man nach 1945 hätte aufwachen müssen: im Tiermenschentum des KZ- Staates war die moralische Konsequenz des materialistischen Menschenbildes anschaubar geworden, das seit über 100 Jahren die Gemüter beherrschte. Naturwissenschaftlich führte es schon bei Descartes zum "Menschen als Maschine"; psychologisch führte der falsch verstandene Darwinismus zum Menschen als "Tier mit dem besten Gehirn". Ohne die Überwindung dieses Menschenbildes ist eine "Bewältigung des Nationalsozialismus" nicht möglich und insofern auch bis heute nicht geschehen. "Wie manche seltsame Auffassung (vom Menschen), die von biologischen Argumenten ihre Nahrung zog, hätte nie groß werden können, wenn die biologische Arbeit schon in ihrem eigenen Bereich von einem umfassenderen Blickpunkte aus geleitet worden wäre. Nie hätte die negative Beurteilung des Geistes im Gegensatz zur Seele so weithin die Gemüter ergreifen können, hätte nicht die Biologie ihre Autorität mißbraucht und tierische Verhältnisse als den Ausgangspunkt für die Wertung menschlicher Zustände benützt. Nur so war es möglich, daß neue politische Lehren das Instinktive, Gebundene, Gruppenmäßige im Menschen so besonders hoch zu werten begannen, daß sie dem "gesunden Raubtier" wieder den Vorzug gaben, das zahlenmäßige Wachstum einer Gruppe zum Beweise ihres Wertes erhoben und für das Verhalten einer Menschengruppe die Un-

---

x) Was der tierischen Brutpflege entspricht, war den Säuglingen, die SPITZ untersuchte (s. S.44/45) optimal zugeführt worden. Bei der strikten Triebgebundenheit der tierischen Brutpflege kann auch von moralischer Verantwortung keine Rede sein. Dies zu dem möglichen Einwand, auch im Tierreich seien Nesthocker auf "mütterliche Fürsorge" im hier gemeinten Sinne angewiesen.

schuld des Tieres als den erstrebenswerten Zustand des reinen Gewissens einsetzten" (PORTMANN 1951 (65), S. 23/24) (Hervorhebungen vom Verfasser).

Hitler äußerte sich über die Ziele seiner Pädagogik folgendermaßen: "Meine Pädagogik ist hart. Das Schwache muß weggehämmert werden. In meinen Ordensburgen wird eine Jugend heranwachsen, vor der sich die Welt erschrecken wird. Eine gewalttätige, herrische, unerschrockene, grausame Jugend will ich... Schmerzen muß sie ertragen. Es darf nichts Schwaches und Zärtliches an ihr sein. Das freie herrliche Raubtier muß erst wieder aus ihren Augen blitzen... So merze ich Tausende von Jahren der menschlichen Domestikation aus. So habe ich das reine, edle Material der Natur vor mir. So kann ich das Neue schaffen" (67).

Wo wir <u>heute</u> stehen, zeigt folgende Äußerung eines Biologen über den Menschen, dessen Einfluß auf unsere gegenwärtige Pädagogik nicht gering ist (38, 46). Was PORTMANN 1951 schrieb (s.o.), gilt in vollem Umfang für SKINNER:

"Man erklärt uns, daß das, was bedroht ist, der'Mensch in seiner Menschlichkeit'sei, der'Mensch als Du und nicht als Es!'der Mensch als Person und nicht als Ding!. Das sind nicht sonderlich hilfreiche Formulierungen. ... Was im Begriff ist, abgeschafft zu werden, ist der 'autonome Mensch' - der innere Mensch, der Homunkulus, der besitzergreifende Dämon, der Mensch, der von der Literatur der Freiheit und Würde verteidigt wird.

Seine Abschaffung ist seit langem überfällig. ... Wir können froh sein, wenn wir uns von diesem Menschen im Menschen befreit haben. Nur wenn wir ihn seiner Rechte entsetzen, können wir uns den echten Ursachen menschlichen Verhaltens zuwenden. Und nur dann können wir vom Abgeleiteten zum Beobachteten gelangen, vom Wunderbaren zum Natürlichen, vom Unzulänglichen zum Beeinflußbaren.

Es wird behauptet, daß wir, wenn wir das tun, den Menschen, der überlebt, als bloßes Tier behandeln müßten. 'Tier' ist hier ein abwertender Begriff, aber nur, weil der Begriff 'Mensch' fälschlicherweise aufgewertet worden ist" (82, S. 205).

Neben PORTMANNs Äußerungen zu den gedanklichen Wurzeln des Nationalsozialismus kann man hierzu nur sagen: Unwissenschaftlichkeit führt dem Menschen gegenüber zur Unmenschlichkeit. Es ist nicht anzunehmen, daß SKINNER zu solchen Ge-

danken gekommen wäre, wenn er ein KZ erlebt hätte. Dort wurde tatsächlich "der innere Mensch abgeschafft", "seiner Rechte entsetzt".

Was SKINNER so formuliert, sind die Konsequenzen, oder auch die Untergründe des lerntheoretischen Ansatzes, der dem programmierten Unterricht zugrunde liegt (46,11), wie er in immer größerem Umfang an unseren Staatsschulen betrieben wird (38): "SKINNER selbst hat auf der Basis zahlreicher Tierversuche Apparate entwickelt, die das programmierte Lernen vereinfachen und die er deshalb Lernmaschinen nannte. Solche Lehr- und Lernmaschinen wurden sodann auch für Schüler und Studenten entwickelt und befinden sich bereits in gut bewährtem Gebrauch", schreibt CORRELL schon 1964 (11)[x].

"Wohl aber hat (die Psychologie) zu zeigen, welche Menschen und Lebensformen aus den verschiedenen möglichen Werteinstellungen entstehen" (67, S. 5). Dies beziehen wir auf unsere Patienten, die die "Lebensformen" des Nationalsozialismus und seine "Werteinstellungen" überlebt haben. PORTMANN und PIAGET sind für uns Beispiele, wie aus vorurteilsfreier Forschung moralische Kriterien gegenüber dem Menschen gefunden werden können.

Kehren wir zurück zum extrauterinen Frühjahr: die Reifung der Sinnesfunktionen läuft bei den höheren Säugern (Nestflüchtern) intrauterin ab. Bei Geburt ist sie abgeschlossen. Die Sinnesfunktionen des Menschen reifen erst innerhalb des ersten Lebensjahres und noch in der Kleinkind- und Schulkindzeit. LEMPP betont als wesentliche Folgerung aus dem Ergebnis von PORTMANN, daß der Mensch seine Wahrnehmungsfähigkeit individuell in der jeweiligen Situation zur Außenwelt entwickelt. PIAGET hat diesen Vorgang näher untersucht im Zusammenhang mit der Intelligenzentwicklung. Die Notwendigkeit für den Menschen, die Sinnestätigkeit erlernen zu müssen, ist

---

x) Wenn sich auch die Verwendung von Lernmaschinen nicht in dem zunächst erwarteten Ausmaß durchgesetzt hat, so beruht doch die gegenwärtige Pädagogik der Staatsschulen auf dem behavioristischen Ansatz.

in den Arbeiten von SPITZ und LEMPP von zwei weiteren Seiten her in ihrer Bedeutung beleuchtet worden, worauf wir noch eingehen werden (S.61) (41, S. 121, (86), S. 85).

Wie aus den obigen Ausführungen (S.16u.26) hervorgeht , haben wir Anlaß, PIAGETs Ergebnisse über die Entwicklung der Intelligenz zu beachten: PIAGET hat erforscht, wie die vorsprachliche Intelligenz sich entwickelt aus der Motorik, aus den Gliedmassenbewegungen des Kindes. In den ersten Monaten versucht das Kind nicht, Wahrheiten zu finden - es stellt sich ja überhaupt noch nichts vor -; dennoch gelingt es ihm, mehr und mehr "rein handelnd Aktionsprobleme zu lösen und unbewußt die Wirklichkeit gemäß einem System von raum-zeitlichen und kausalen Strukturen zu organisieren"[x] (61). Dabei ist die Tätigkeit der Hände am wichtigsten. Wieder treffen wir auf etwas, worüber z.B. die Affenjungen nicht verfügen. Ihre Motorik ist gänzlich vom Klammerreflex an die Mutter fixiert. "Das freie Spiel der Gliedmassen, das unserem Säugling so viel reichere Möglichkeiten gibt, als sie dem neugeborenen Affen zu Gebote stehen, es mahnt uns bereits daran, daß unser Geburtszustand nicht einfach "hilflos" ist, sondern auch bedeutungsvolle Freiheiten für sich hat" (65), S. 30). Diese Bedeutung hat PIAGET erforscht und festgestellt, daß sich die intellektuellen Fähigkeiten kontinuierlich aus einem übenden Begreifen und Koordinieren des Handlungsraumes mit dem Sehraum entwickeln. Dieser Prozeß beginnt in den ersten Lebenswochen und geschieht in sechs Stufen, die im Sinne einer nicht umkehrbaren Entwicklung sich ineinander verwandeln. Auf die Einzelheiten kann hier nicht eingegangen werden.

---

x) PIAGET betrachtet Raum und Zeit als aktive Leistungen des Denkens (s.u.) im Gegensatz zu der meist stillschweigend übernommenen Meinung von KANT, der Raum und Zeit für Anschauungsformen hielt. Der historischen Genauigkeit halber sei erwähnt, daß STEINER 1890 die Auffassung von PIAGET als diejenige GOETHES erkenntnistheoretisch begründet hat (23). Auf S. 61 wird uns dieses Problem im Zusammenhang mit der frühkindlichen Hirnschädigung noch begegnen.

Das Verhältnis des Kindes zur Umwelt sieht PIAGET dabei anders, als dies die üblichen Reiz-Reaktions-Schemata beinhalten: gewöhnlich stellt man sich heute vor, daß das Erlernen von Fähigkeiten beim Menschen auf dem Mechanismus der Assoziation beruht: Erwerbungen werden kummulativ addiert, indem die Reaktion auf den Reiz in einer Unterordnung der erworbenen Beziehung unter die neu eintreffenden Beziehungen besteht. Die "Fähigkeit" ist danach wesentlich bestimmt davon, wie oft, wie stark und in welcher Richtung die Reize "den Organismus" negativ oder positiv verstärkt haben. Die Vorgänge, die zwischen Reiz und Reaktion liegen, werden als "unbeobachtbar" ("black box" nach SKINNER (83), S. 17)) und gleichzeitig als unwesentlich betrachtet.

Demgegenüber hebt PIAGET zu Recht hervor, daß der wesentliche Vorgang zwischen Reizaufnahme und Reaktion abläuft: das Denken[x].

Das lernende Verhältnis des Kindes zur Umwelt ist nach PIAGET eine Assimilation im weitesten Sinne dieses Begriffes aus der Biologie: wie der Organismus die Nahrungsstoffe nach

---

x) Von Hause aus Erkenntnistheoretiker, konnte PIAGET nicht dem Irrtum verfallen, das Denken für schlechthin unbeobachtbar zu halten, nur weil es nicht zu sehen ist, wie dies SKINNER tut. SKINNER will als wissenschaftswürdigen Gegenstand nichts als das sinnlich beobachtbare Verhalten gelten lassen. Da das Denken nicht von außen mit Sinnen beobachtet werden kann, dennoch aber in seiner Existenz auch für SKINNER nicht zu leugnen ist, konstruiert er für das Denken den Begriff des "verdeckten Verhaltens" (83, S. 26). Er muß also zugestehen, daß es ein nicht sinnlich beobachtbares ("verdecktes") Element des Menschen gibt. Da er "Verhalten" nie anders als "sinnlich beobachtbar" definiert, ist der Begriff des "verdeckten Verhaltens" ein Widerspruch in sich. Auf S. 28 haben wir gesehen, wie SKINNER sich gegen das "innere Wesen" des Menschen wehrt, wie er die "Vorstellung eines inneren Menschen" abschaffen will. Hier muß er selber das Denken "verdeckt" nennen; das Denken ist aber nichts anderes als die Offenbarung jenes von SKINNER so gehaßten, "für die Sinne verdeckten Menschen.
Wenn SKINNER an anderer Stelle (87, S. 17) bedauert, daß "große Denker sehr selten große Gedanken über das Denken" geäußert haben, so sei er auf ein philosophisches Werk hingewiesen, welches die Beobachtung des Denkens zu seinem Hauptgegenstand hat: "Die Philosophie der Freiheit. Seelische Beobachtungsresultate nach naturwissenschaftlicher Methode" von R. STEINER (88).

der Verdauung in seine eigene Struktur integriert und so aus der zerstörten Nahrungsstruktur eine arteigene Struktur aufbaut, die aus jener nicht zu erklären ist, sondern nur aus der Art dieser Aufbautätigkeit - so liegt dem Lernen nach PIAGET ein organisierendes Tun des Subjekts zugrunde (61). Die Wirkung eines äußeren Reizes hängt damit

1. von der Art des Reizes,
2. von dieser Tätigkeit ab (bereits die Wahrnehmungstätigkeit wird individuell erlernt, s.o.) und
3. von dem Grad, in dem die Reize in bereits aufgebaute Strukturen assimilierbar sind und wie beschaffen diese Strukturen sind.

Daraus ergibt sich, daß der Lernvorgang wesentlich individuelle Züge trägt. Dies ist auch der prinzipielle Unterschied zur biologischen Assimilation i.e.S., die insgesamt nicht individuelle, sondern Art-spezifische Strukturen aufbaut (Eine interessante Stellung nimmt unter diesem Gesichtspunkt das Immunsystem ein).

Wieder muß darauf hingewiesen werden, daß die Assoziationstheorie, die Lerntheorie SKINNERs und vergleichbare Theorien für das Tierexperiment eine gewisse Berechtigung haben. Beim Menschen können sie insofern bestätigt werden, als der Mensch in gewissen Grenzen zu tierischem Verhalten fähig ist.

PIAGET stellt das Kind durch den Begriff der Assimilation in ein Verhältnis zur Umwelt, welches als Konsequenz der zitierten Gesamtauffassung (S. 26) erscheint: die Psychologie des Kindes als ein Ausschnitt einer allgemeinen Embryogenese, die weit über die Geburt hinausreicht und das ganze organische wie geistige Wachstum darstellt. SPITZ schrieb, dasselbe noch mehr im bloßen Vergleich belassend, daß die mutterlosen, in "Einzelhaft" isolierten Kinder (s.S. 44) mangels Seelen-Nahrung zugrunde gingen. Auch die nicht trennbare seelische und körperliche Entwicklung beim kleinen Kind und viele andere Beobachtungen erhalten durch PIAGETs Theorie adäquate Begriffe, d.h. werden verständlich. PIAGET sah sich durch all seine Forschungsergebnisse im Laufe der Jahre derart in seiner Auffassung bestätigt, daß er 1973 resümiert:

"Man kann nur sagen, daß wir erst vorläufige Lösungen vorlegen und daß die zukünftigen Erklärungen nur befriedigen können, wenn es ihnen gelingt, die Interpretationen der Embryogenese, des organischen Wachstums und der geistigen Entwicklung zu einer harmonischen Ganzheit zusammenzufassen" (61, S. 154)x). An anderer Stelle kommt auch SPITZ zu Begriffen der Embryologie für die seelische Entwicklung des Kindes (87, S. 135).

Eine wichtige Form der assimilierend-lernenden Tätigkeit ist die Nachahmung; sie hat Vorbilder zur Voraussetzung nämlich: den Erwachsenen oder den älteren Spielkameraden. Der aufrechte Gang wird ohne Vorbild und assimilierendes Nachahmen ebenso wenig erlernt wie die Sprache.

In dieser assimilierenden Tätigkeit paßt sich das Kind mehr und mehr der Wirklichkeit an. Hierin liegt nach PIAGET eine Einseitigkeit, die der gesunden Entwicklung abträglich wäre, wenn nicht die entgegengesetzte Tätigkeit gleichermaßen, zu Beginn sogar ganz überwiegend, geübt würde: die "Anpassung" der Wirklichkeit an das Ich: die Phantasietätigkeit (62). Beide Richtungen der kindlichen Seelentätigkeit brauchen einander, wechseln ständig miteinander ab und haben ihr eigentliches Lebenselement im Spielen.

JEAN PAUL schrieb schon 1811 sehr klar: "Schriebe nun ein Deutscher ein Werkchen über die Kinderspiele..., so würde er sie sehr scharf und mit Recht - dünkt mich - nur in zwei Klassen teilen:

1. in ... Spiele der empfangenden, auffassenden, lernenden Kraft;

2. in Spiele der handelnden, gestaltenden Kraft." (60, S. 64)

PIAGET gibt ein eindrucksvolles Beispiel, wie gerade das symbolische Spiel Assimilation ist: "Ein kleines Mädchen, das in den Ferien vor dem alten Glockenturm der Dorfkirche ver-

---

x) STEINER (89) hat die Zusammenhänge der körperlichen Entwicklung mit dem Entstehen geistiger Fähigkeiten in diesem Sinne untersucht. Seine Ergebnisse sind die Grundlage der Methodik und Didaktik der Waldorfschulen.

schiedene Fragen über den Mechanismus der Glocken gestellt hatte, bleibt regungslos neben dem Tisch des Vaters stehen und vollführt einen ohrenbetäubenden Lärm: 'Du störst mich ein wenig, weißt du, du siehst doch, daß ich arbeite.' - 'Sprich nicht mit mir', antwortete die Kleine, 'ich bin eine Kirche'." Man sieht hier, wie im Spiel der Eindruck sich in dem ganzen kleinen Menschen gestaltend ausbreitet und gelebt wird, assimiliert wird. Die als Säugling gelebte Mutter-Kind- Einheit wird jetzt zur Einheit mit den Dingen der Welt (s.S. 24 und 84).

Weitere Bedeutung hat das Spiel zur Verarbeitung und Harmonisierung affektiver Spannungen und Versagungen. LEMPP hebt in diesem Sinne die psychohygienische Bedeutung der Phantasie hervor; phantasiereiche Kinder haben die Möglichkeit, "in belastenden Situationen in die Phantasie, in das Tagträumen auszuweichen und hierdurch sich vieler Belastungen zu erwehren" (42).

Hat das symbolische Spiel mehr für die Intelligenzentwicklung und die harmonische Gesamtentwicklung Bedeutung, so heben PIAGET u.a. das Regelspiel in seiner sozialen Bedeutung sehr hervor. Der Höhepunkt der Freude an Spielen, die einer gemeinsam akzeptierten Regel folgen, liegt bei 11-12 Jahren (Die Arten der Spiele vermischen sich natürlich,und die Phasen überschneiden sich). Während in der symbolischen Spielphase viele Kinder gerade auch allein intensiv spielen können, liegt der Reiz und Sinn der Regelspiele ganz im gemeinsamen Erlebnis. Hier will das Kind nicht mehr "verkleidet" mit anderen Kindern verkehren wie im Rollenspiel (Papa und Mama, Einkaufen, usw.), sondern gerade die Begegnung mit dem anderen Kind, das jetzt schon dumpf als Persönlichkeit erlebt wird, wird gesucht. Aber auch das aufkeimende Selbstgefühl, das dadurch entsteht, daß man sich an eine frei verabredete Regel hält, anstatt von Erwachsenen vorgegebenen Regeln zu gehorchen. Im Höhepunkt dieser Phase haben z.B. die von PIAGET (62,2) in Genf und Lausanne untersuchten Murmelspiele mehrere Regel-Varianten in derselben Kindergruppe, und der Reiz liegt gerade darin, zuvor abzumachen, welchem "frei gewählten Gesetz" man sich jetzt unterordnen will. Hierin erlebt das Kind seine Eigenständigkeit und spielerisch die Be-

friedigung, die darin liegt, sich an etwas zu halten, was man sich selbst vorgenommen hat. Das Kind freut sich an Vorformen der Verantwortlichkeit und des Vertrauens dem Spielkameraden gegenüber, was eine wichtige Phase ist auf dem Weg zu diesen Fähigkeiten im Erwachsenenalter. Es kann nicht ohne Folgen sein, daß das in diesem Alter heute besonders zunehmende Interesse am Fernsehapparat und den anderen Medien die Übung und Lusterweckung an diesen Spielen mehr und mehr verhindert.

BOWLBY(8, S. 34) nennt die fehlende Spielfähigkeit als Folge des Hospitalismus. MEIERHOFER u. KELLER weisen darauf hin, daß Kinder das Rollenspiel nur erlernen, wenn sie Vorbilder haben (53). PAUL und HERBERG nennen schließlich die Behinderung des Spielen-könnens als einen Schädigungsfaktor, der bei der frühkindlichen Verfolgung zu berücksichtigen ist (59).

Ein letzter Aspekt der kindlichen Entwicklung soll unsere allgemeinen Ausführungen beschließen:

Die Sonderstellung des Menschen wird seit je her mit der Sonderstellung des menschlichen Gehirns gegenüber den Tieren in Zusammenhang gebracht.

Die Frage, wann von einem "ausgereiften Gehirn" zu sprechen ist, wird sehr verschieden beantwortet, je nach dem, was die Autoren unter "reif" verstehen und wie genau die Grundlagen ihres Urteils sind. Nach PORTMANN entspricht der Reifegrad des menschlichen Gehirns nach einem Jahr demjenigen der Säugetiere zum Zeitpunkt der Geburt (64), womit nicht gemeint ist, daß das Gehirn nach einem Jahr "reif" sei,

BENSHEIM geht bei seinem im jugendlichen Alter Verfolgten davon aus, daß mit 6 Jahren ein "ausgebildetes, aber noch kein ausgereiftes Gehirn" vorliegt (7). PIAGET und INHELDER nennen für die Reifungszeit des Nerven- und Hormonsystems die Zeit bis zum 16. Lebensjahr (61). Nach ROHEN (1971) dauern die feineren Differenzierungsvorgänge der Fasersysteme bis ins 30-35. Lebensjahr (70). Eines steht danach jedenfalls fest: Das Gehirn ist in der frühen und mittleren Kindheit ein sich noch ständig differenzierendes Organ im Gegensatz

zu allen anderen Organen, welche auf dem bald nach der Geburt erreichten Reifegrad stehenbleiben und nur noch wachsen (40, S. 23).

Damit haben wir aber das Organ erkannt, welches die mehrfach erörterte extrauterine, allgemeine Embyogenese eigentlich betrifft: das Gehirn ist das Organ, das im Zusammenhang der verschiedenen Assimilationen - dem Erlernen der Wahrnehmungstätigkeit, des Gehens, der Sprache, der sozialen Kontaktfähigkeit usw. - noch ständig gebildet wird und sich differenziert. Im ersten Jahr ist es augenfällig, aber wie nun ROHENs Angabe zeigt, hat auch die allgemeine Embryogenese PIAGETs noch ein organisches Substrat (Besondere Bedeutung hätte demnach das Zusammenwirken von sensorischer und motorischer Deprivation einerseits und frühkindlicher Hirnschädigung andererseits, s.S. 76).

In der Pathologie ist denn auch der Begriff der "Plastizität des kindlichen Gehirns" inzwischen ein fester Begriff (33, 99, 85; s.S. 62).

Damit ist gleichzeitig auf die hohe Empfindlichkeit des kindlichen Gehirns als eines in Bildung befindlichen Organs hingewiesen, was wir im Hinblick auf die Frage nach der Bedeutung frühkindlicher Hirnschädigungen i.S. der "minimal cerebral dysfunctions" bzw. des "frühkindlich-exogenen Psychosyndroms" (LEMPP) hier festhalten wollen.

Vor dem Hintergrund der Einstellung, die im Nationalsozialismus dem Menschen gegenüber herrschte, schienen uns in diesem Abschnitt die Arbeiten von PORTMANN, PIAGET und SPITZ besonders wichtig. Das aufwachsende Kind und der Jugendliche sind darauf angewiesen, daß die erziehende Umgebung den Menschen in seiner Wesenheit erkennt. Der aus der Beobachtung gewonnene Begriff der "allgemeinen Embryogenese" enthält spezifische Wesenszüge der menschlichen Entwicklung und kann unmittelbar zu moralischen Impulsen führen. Demgegenüber führt z.B. die am Tier entwickelte Konditionierungstheorie zu jener Interesselosigkeit, ja Hilflosigkeit dem Kind und dem Heranwachsenden gegenüber, die Viele heute beklagen.

Eine Erziehung, die eine am Tier orientierte Psychologie und Pädagogik verwirklicht, fördert nur diejenigen Eigenschaften und Fähigkeiten, die der Mensch mit dem Tier gemeinsam hat. Eine Psychologie und Pädagogik, die nicht vom Unterschied der menschlichen von der tierischen Entwicklung ausgeht, weil sie die Ergebnisse von PORTMANN und PIAGET nicht berücksichtigt, kann - gerade auf Grund dieser Ergebnisse - die Entwicklung des Kindes zum erwachsenen Menschen verhindern. Auf welcher Höhe die Methode steht, die die Erzieher bei der Erarbeitung ihrer Vorstellung vom Menschen anwenden, davon hängt ab, wie hoch die Handlungen und die Lebensform des später erwachsenen Menschen über denen des Tieres stehen (s. S. 28).

II. Verfolgt während der Schwangerschaft

5 der 12 Kinder, die von Geburt an bis zum dritten Lebensjahr verfolgt wurden, waren schon vor der Geburt der Verfolgung ausgesetzt. So hatten sie bereits in utero unter den Maßnahmen zu leiden. Zum Beispiel Erna P. (Nr. 3): Die schwangere Mutter wird im November 1939 in das Warschauer Ghetto gebracht. Nach vier Monaten dort kommt Erna zur Welt. Oder Sandor W. (Nr. 5): Sandors Mutter ist während der ganzen Schwangerschaft im Ghetto, wo sie sehr unter Hunger litt. Bei Selektionen mußte sie ihre Schwangerschaft dadurch verbergen, daß sie sich stark den Leib einschnürte. Nach der Geburt bekam Sandor, wenn Selektionen anrückten, Schlafmittel, damit er sich nicht durch Schreien bemerkbar machte.

Es stellt sich die Frage, welche Folgen diese Art der Verfolgung in utero haben kann und wie sich dieser Faktor mit den nachgeburtlichen Schädigungseinflüssen verbindet.

Zunächst ist die psychologische Seite zu berücksichtigen: "Es scheint überspitzt, wenn man zum Zeitpunkt der Zeugung bereits von psychischen Faktoren spricht, die auf die seelische Entwicklung des Kindes Einfluß nehmen können. Jeder praktische Kinderpsychiater wird jedoch aus seiner Erfahrung bestätigen können, welche Bedeutung die innere Einstellung der Eltern zu ihrem Kind für dessen gesunde psychische Entwick-

lung haben kann. Und diese psychische Einstellung zum Kind kann natürlich bereits zu dem Zeitpunkt vorhanden sein, zu dem das Kind überhaupt erst entsteht, ja schon vor diesem Ereignis." (41, S. 44). Zu der Erwartungshaltung der Mutter während der Schwangerschaft schreibt LEMPP: "Die Mutter wird natürlicherweise gerade in dieser Zeit immer mehr im Blick auf die Zukunft hin leben. Wo die Zukunft jedoch, gerade wegen des Kindes - oder auch aus anderen Gründen - nicht erhofft, sondern gefürchtet ist, kann der psychische Boden, auf dem das Kind dann heranwachsen und gedeihen soll, nicht die notwendige Vorbereitung erfahren" (41, S. 51). Speziell für im Krieg (in der nicht jüdischen Bevölkerung) geborene Kinder weist TH.F. HAU (32, S. 264) die Folgen der Kriegseinflüsse in diesem Sinne nach. Auch LOOSLI-USTERI hat Fälle beobachtet, wo ängstliche Kinder aus einer von Angst erfüllten Schwangerschaft entstanden (49).

In unseren obigen Überlegungen zum "seelisch-sozialen Uterus" in den ersten Lebensjahren mußten wir mit PIAGET die Embryogenese in einem weiteren Sinne fassen, um zu einem besseren Verständnis des kindlichen Umweltbezuges zu gelangen. Aus den an dieser Stelle jetzt erwähnten Ergebnissen scheint hervorzugehen, daß man die seelische Einheit von Mutter und Kind auch in die Schwangerschaft "hineinschieben" muß. Hat die Seelenhülle nachgeburtlich geradezu physische Funktionen, so ist umgekehrt in der Schwangerschaft die seelische Haltung der Mutter von Bedeutung in der Zeitgestalt der Entwicklung, d.h. sie ist hier von prospektiver Bedeutung.

Nun zu der organischen Seite der intrauterinen Verfolgung: KLIMKOWA-DEUTSCHOWA hat auf den teratogenen Einfluß des Hungers im Zusammenhang mit der nationalsozialistischen Verfolgung hingewiesen, der besonders durch STIEVE bekannt wurde (34). STIEVE beschrieb Hoden- und Ovarienatrophie durch Hunger (34). "Die Entwicklungsstörungen bei diesen Kindern können z.B. mit der Wirkung von Strahlen, Anoxie oder Infektionen in der Schwangerschaft verglichen werden" (34, S. 262). Besonders Proteinmangel in der Nahrung der Mutter hat diese schädigende Wirkung auf den Foetus. So beobachtete JEDLICKA schon nach dem ersten Weltkrieg ein Ansteigen der Geburten

von Anenzephalen. Nach STIEVE brachten Frauen, die in Konzentrationslagern waren, viermal so oft mißbildete Kinder zur Welt als andere Frauen" (34). GILBERT-DREYFUS beschrieb Embryopathien als Folge von Hunger und Streß auf das Nebennierenrinden-System und dadurch bedingter hormoneller Keimdrüsenschädigung (zit. n. 34). Pathologisch-anatomische Veränderungen am Nebennieren-Hypophysen-System im akuten Streßstadium haben auch SELBERG und UEHLINGER festgestellt (32, S. 283). KLIMKOWA-DEUTSCHOWA betont: "Auch in der Aetiologie und Pathogenese der so oft vorkommenden perinatalen Encephalopathie sind diese Umstände (d.h. die hormonellen Folgen von Hunger und Streß der Schwangeren, d.Verf.) nicht zu unterschätzen. Es ist daher der schädliche Einfluß verschiedener hormonaler Erkrankungen der Mutter, z.B. Dysthyreosen, ovarielle Dysfunktionen, besonders auf die Entwicklung des kindlichen Gehirns anzuerkennen" (34, S. 262).

SMYTHE et al. wiesen erst kürzlich auf die schweren Schäden der Entwicklung des ZNS und der zellgebundenen Immunabwehr hin, die der Organismus nach Mangelernährung erleidet (84). WINICK u. ROSSO haben durch morphologische und klinische (d.h. I.Q.-) Untersuchungen eine behinderte Gehirnentwicklung in Form von verringerter Ganglienzellzahl und Störungen der Myelinisierungsprozesse und verminderter Intelligenz durch schwere Mangelernährung in der Säugling- und Kleinkindzeit nachgewiesen. Einen Zusammenhang mit Mangelernährung schon während der Schwangerschaft wird von ihnen vermutet (104). STOTT hat den Zusammenhang zwischen Streß und Krankheit in der Schwangerschaft mit seelisch-geistiger Retardierung der Kinder beschrieben (92).

ROSSIPAL et al. haben jetzt nachgewiesen, daß Ernährungsstörungen, infektiöser und toxischer Streß u.a. während der Entwicklung des Immunsystems im letzten Trimester der Schwangerschaft und im ersten Lebenshalbjahr zu langdauernder Depression der zellgebundenen Immunität führt (71). Die dadurch bedingte erhöhte Infektionsanfälligkeit muß unseres Erachtens beachtet werden und schlägt sich in unserem Material deutlich nieder: "Häufige Infektionskrankheiten" traten in 5 der 7 Fälle bei den im Alter von 0-3 Jahren Verfolgten auf. Drei

dieser fünf Kinder gehören zu den intrauterin Verfolgten. Die Bedeutung der Infektionskrankheiten wird im Zusammenhang mit der frühkindlichen Hirnschädigung nochmals erscheinen. Der Hunger spielte eine alle Verfolgungssituationen beherrschende Rolle, worauf auf S. 56 ff einzugehen sein wird.

Wir fassen zusammen: Für die Verfolgung in der Schwangerschaft sind folgende Schädigungseinflüsse in Betracht zu ziehen:

- Die angstvolle Erwartungshaltung der Mutter während der Schwangerschaft im Ghetto,
- Der teratogene Einfluß des Hungers,
- Der schädigende Einfluß des Hungers auf die Entwicklung des Gehirns, sowohl direkt als auch indirekt über eine Schädigung des Hormonsystems der Mutter,
- Der schädigende Einfluß des Hungers auf die Entwicklung des Immunsystems.

III. Verfolgt in der Zeit zwischen der Geburt und dem dritten Lebensjahr

Der grundlegende Unterschied in der Beurteilung der Verfolgung im Erwachsenenalter und der Verfolgung im Kindesalter besteht in folgendem: trifft die Verfolgung einen ausgereiften Menschen, dann können die Auswirkungen abgelesen werden am Vergleich des Patienten vor der Verfolgung mit seinem Zustand und seiner Lebensleistung nach der Verfolgung. Man hat hier die unbeeinträchtigte Lebenslinie vor der Verfolgung als Maßstab und kann so auch persönlichkeitsbedingte Symptome von verfolgungsbedingten unterscheiden. Der "Bruch der Lebenslinie" (36) ist in der Gutachtenpraxis an erwachsenen Verfolgten daher ein wichtiger Begriff geworden.

Ganz anders stellt sich die Situation dar bei den von Geburt an Verfolgten: hier fehlt uns der Maßstab einer ohne Verfolgung begonnenen Lebenslinie. Man müßte in Analogie zu dem erwähnten Begriff von KOLLE hier von einer "Von Anfang an fehlgeleiteten Lebenslinie" sprechen. Verschiedene Autoren sahen sich schon bei den in späterer Kindheit Ver-

folgten veranlaßt, neue Begriffe zu bilden. VENZLAFF, der für die Erwachsenen den fruchtbaren Begriff des "erlebnisbedingten Persönlichkeitswandels" schuf, sprach bei den jugendlichen Verfolgten von einer "Abbiegung der Persönlichkeitsentwicklung" (100); BENSHEIM prägte in diesem Sinne für die im Alter von 6-12 Jahren Verfolgten den Begriff der "Verkümmerung der Charakterentwicklung", bei den im Alter von 12-20 Jahren Verfolgten sprach er von einer "Verkrümmung der Charakterentwicklung" (7). H. STRAUSS sprach analog bei älteren Verfolgten von "Entwurzelungsdepressionen" und bei im Kindes- und Jugendalter Verfolgten von "Störungen der Verwurzelung" (93). Alle diese Begriffe sollen der Tatsache Rechnung tragen, daß die Verfolgung ein schwerer Eingriff in die Persönlichkeitsentwicklung war; daß hier die Betroffenen nicht nur "reagierten" mit Depression, Adynamie, Zwangsvorstellungen usw., sondern daß aus ihnen durch die Verfolgung andere Menschen wurden. Um wieviel mehr muß das erst für die von Geburt an Verfolgten berücksichtigt werden! Den folgenden Fall schildern wir auf dem Hintergrund von Abschnitt I:

Nr. 5. S.W. geb. am 25.9.1942. Sandors Mutter ist während der ganzen Schwangerschaft im Ghetto (den Beginn dieser Anamnese kennen wir schon. s. S.). Bei Selektionen mußte sie ihre Schwangerschaft dadurch verbergen, daß sie sich stark den Leib einschnürte. Nach der Entbindung bekam Sandor Schlafmittel, wenn Selektionen nahten, damit er sich nicht durch Schreien verrate. Die Mutter hatte für den Säugling zu wenig Nahrung.
Im August 1943 fliehen Mutter und Kind (11 Mon.) in einen finsteren, nassen Bunker und bleiben dort eine Woche. Dann wird das Kind bei einer Hausverwalterin in Warschau versteckt. (Über die Bedingungen des Verstecks liegen keine genauen Angaben vor. Da sich das Kind aber bis zum 1. Lebensjahr einigermaßen gesund entwickelt hatte, erlaubt der folgende Befund einige Rückschlüsse.)
Im Januar 1945 findet die Mutter ihren 2;4 Jahre alten Sohn in folgendem Zustand vor: er kann weder stehen, noch weinen, noch sprechen. Nach 4 Monaten bekommt er Masern mit Komplikationen und anschließend Diphterie. Die Familie geht nach Paris und wandert 1948 nach Australien aus. Die Erziehung war in der folgenden Zeit außerordentlich schwierig. Er wollte sich nie von der Mutter trennen, mied den Umgang mit anderen Kindern und konnte nicht spielen. Außerdem litt er an ständigen Erkältungskrankheiten. Der behandelnde Arzt beschreibt ihn zwischen 1948 und 1955 als untergewichtig, physisch und geistig retardiert, unruhig und ängstlich. Das Lernen fällt ihm schwer und trotz Ambitionen (Akademikerfamilie) muß er das Medizinstudium aufgeben. Bei dem Versuch,

dem Vater bei der Leitung seiner Firma zu helfen, versagt er ebenfalls. Er beginnt, Ökonomie zu studieren und bricht auch dies ab. 1964 ergibt eine Röntgenaufnahme ein spastisches Duodenum mit beträchtlicher Verzögerung der Entleerung. In der folgenden Zeit zeigen sich Symptome einer Angstneurose mit Zwangscharakter: Angst vor öffentlichen Plätzen, Menschen in Uniform, Paraden. Vom Psychiater wird eine chronisch-reaktive Depression mit Persönlichkeitsrückbildung festgestellt. Es bestehen Störungen der Merkfähigkeit, der Konzentration, Magenschmerzen und Brechreiz (s.o.) und funktionelle Kopfschmerzen.

(Zu unseren kasuistischen Darstellungen ist zu bemerken, daß sie in der Regel keine vollständige Aufzählung der Symptome enthalten. Diese sind für den Einzelfall Tab. 8, S. 97 zu entnehmen. Die Falldarstellungen sollen einen Überblick geben über das gesamte Verfolgungsschicksal.)

In dem Bild, das das Kind Sandor W. nach der Befreiung bietet,:

- schwer retardierte motorische Entwicklung
- schwer retardierte Sprachentwicklung
- gehäufte Infektionskrankheiten
- Gewichtsverlust
- mangelnde Kontaktfähigkeit

erkennen wir die Folgen der Mutterentbehrung im Alter von 0;11-2;4 Jahren im Sinne des Hospitalismus wieder, wie er zuerst von SPITZ (86, 87), dann von BOWLBY(8) MEIERHOFER und KELLER (53) und vielen anderen Autoren beschrieben wurde. Zugleich ist aber auch offenbar, daß hier noch mehrere andere Faktoren beteiligt sind. Bevor wir auf den Hospitalismus eingehen, betrachten wir noch zwei weitere charakteristische Fälle:

Nr. 3. Erna P. geb. 4.3.1940. Die schwangere Mutter wird im November 1939 in das Warschauer Ghetto verbracht. Nach 4 Monaten kommt dort Erna zur Welt. In der Nacht vom 20. auf den 21. Januar 1943 werden Mutter und Kind in einen Güterzug verladen, der sie in das Vernichtungslager Treblinka bringen soll. Die Mutter springt aus dem fahrenden Zug, nachdem sie zuvor Mithäftlinge gebeten hat, ihr das Kind nachzuwerfen. Sie schleppt sich nach einer kurzen Bewußtlosigkeit zu einem Bahnwärterhäuschen, wo sie ihr Kind bewußtlos mit einer tiefen Kopfwunde findet. Eine ärztliche Versorgung kommt wegen der Gefahr, entdeckt zu werden, nicht in Frage. Das Kind wird von einer Bekannten versteckt gehalten, wo es noch mehrere Tage bewußtlos gewesen ist. Die Untersuchung im November 1945 ergibt eine 8 cm lange Narbe am Schädel, eine tast- und klopfempfindliche Kalotte, Kopfschmerzen in

Ruhe und besonders durch Bewegung. Das Kind ist während der Untersuchung sehr unruhig, selbst im Warmbad, schläft schlecht, ißt wenig und nimmt an keinen Kinderspielen teil. Es leidet an häufigem Erbrechen, hat ein sehr schwaches Gedächtnis, ist sehr ängstlich und weint viel. Es war über 2 1/2 Jahre versteckt.
1963 hat die Patientin geheiratet; sie hat den Doktor der modernen Fremdsprachen erworben. Sie emigrierte aber mit ihrem Mann und ihren zwei Kindern nach England zu ihren Eltern, da sie sich ohne diese verlassen fühlt und mit ihren Aufgaben nicht glaubt, fertig zu werden. Sie wohnt mit ihrer eigenen Familie in einer Wohnung mit den Eltern.
1973 Röntgenaufnahmen des Schädels o.B. Im EEG linksfrontal eine deutliche Abnormität, wenn auch nicht spezifisch für Epilepsie; kurzzeitige anfallsartige Zustände von Bewußtlosigkeit sind dennoch höchstwahrscheinlich Äquivalente einer posttraumatischen Epilepsie. Patientin leidet an "Migräne". Es werden außerdem eine leichte psychische Retardierung nach Hospitalismus und eine vorwiegend reaktive Depression diagnostiziert.

Auch in diesem Fall überlagern sich mindestens zwei schwerwiegende Einflüsse: Die Hirnschädigung und die Mutterentbehrung im Alter von 3-5 Jahren. Zu ergänzen ist noch, daß das Kind schon im Ghetto einmal aus dem Kinderwagen fiel, als die Mutter, wie es im Protokoll heißt, gejagt wurde. Erst im Alter von 5;7 Jahren endet für Erna die Verfolgung, die im fünften Embryonalmonat begann.

Nr. 8. Rahel J. geb. 1939 in Polen: Rahel kam nach normaler Schwangerschaft und Geburt zur Welt. Sie war ein gesundes, normal entwickeltes Kind. Als sie 3 Monate alt war, flüchtete die Familie vor den Deutschen nach Rußland. Im Sommer 1940 werden sie verhaftet und in ein sibirisches Zwangsarbeitslager transportiert. Die Fahrt mit dem Viehwaggon dauert 3 Monate. Dort müssen die Eltern den ganzen Tag Schwerarbeit leisten. Für das Kind gibt es wenig und unregelmäßig zu essen. Es weint viel wegen Kälte und Hunger und erkrankt an Durchfällen, schweren Anginen, infektiöser Gelbsucht, Typhus und Lungenentzündung. Auch wenn es krank ist, ist das Kind den ganzen Tag sich selbst überlassen, im Alter von 1 bis 2 Jahren. Rahel lernt mit 3 Jahren Gehen und Sprechen. Mit 7 Jahren hört sie auf, bettzunässen. In der Schule ist sie mäßig in den Leistungen und verschlossen gegen andere Kinder. Sie lernt Friseuse und übt den Beruf auch aus. Mit 18 Jahren heiratet sie und hat 2 Kinder. Der Ehemann ist Fabrikarbeiter, das Familienleben ist geordnet. Zwischen 1953 und 1969, also zwischen 14 und 30 Jahren, leidet sie an Magenschmerzen, Verdauungsstörungen, Schwindel, Migräne, Schlafstörungen, Cystitis. 1972 wird eine unsichere und unreife Persönlichkeit beschrieben. Der Intelligenzgrad ist unterdurchschnittlich (0.80). Es besteht ein "neurotisch-reaktiver Charakteraufbau". Die Patientin klagt über Kopfschmerz, Schwindel, Paraesthesien, Schlafstörungen, Furcht vor Dunkelheit und leichte Erregbarkeit.

1. Der Hospitalismus

Nachdem um die Jahrhundertwende die durch Infektionskrankheiten bedingte Säuglingssterblichkeit zurückgedrängt werden konnte, wurde ein bis dahin wenig beachteter krankmachender Faktor des Krankenhauses entdeckt und 1903 von FINKELSTEIN und BALLIN beschrieben: der psychische Hospitalismus. 1909 brachte PFAUNDLER dieses Symptomenbild erstmals mit der Mutterentbehrung in Zusammenhang (31). Wir stützen uns im wesentlichen auf die Arbeiten von SPITZ und MEIERHOFER u. KELLER für das erste Lebensjahr und auf die von BOWLBY für die späteren Jahre.

SPITZ untersuchte "in einem Findelhaus außerhalb der USA" 91 Kinder über mindestens vier Jahre. Die körperliche Betreuung mit Nahrung und Hygiene dieser Kinder war ausgezeichnet, "besser als in vielen Waisenhäusern der USA". Die Mütter stillten ihre Kinder in den ersten 3 Monaten, dann nicht mehr. Bis zu diesem Zeitpunkt war die Entwicklung der Kinder normal. Nachdem die Mütter nicht mehr erschienen (wie es die behördliche Regelung verlangte), war eine Schwester für 10 bis 12 Kinder zur Verfügung. Das reichte zur routinemäßigen Pflege und Ernährung gerade aus, aber irgendeine liebevolle Zuwendung war so unmöglich. "Die Kinder mußten seelisch verhungern" (SPITZ). Dazu kam für die Kleinkinder, daß sie "wegen der Infektionsgefahr" immer im Bett bleiben mußten. Um "Unruhe" zu vermeiden, wurden außerdem die Gatter der Betten mit Tüchern verhängt.

Bedenken wir die oben besprochene, mit der Nahrungsassimilation gleichbedeutende Verarbeitung der Umwelteindrücke, im Sinne der allgemeinen Embryogenese, wenn wir nun den folgenden Verlaufsbericht von SPITZ hören:

Im Alter von 0;3 - 0;6 Monaten: rasche Folge der Symptome der anaklitischen Depression: Schreiweinen - Gewichtsverlust - Kontaktverweigerung - stereotype Bauchlage - Schlaflosigkeit - Infektanfälligkeit.

Nach dem 6. Monat: Jetzt traten neue Symptome auf; es folgten einander: allgemeine Passivität - Verlangsamung der Motorik - Stagnation der motorischen Entwicklung - Auftreten von

pathologischer Motorik: "an athetotische Bewegungen erinnernde Fingerbewegungen."

Am Ende des 2. Lebensjahres: Der Entwicklungsquotient (s. S. 46) ist auf 45 % gesunken, was der Stufe von Idioten entspricht. Von den 91 Kindern waren 34 gestorben.

Im 4. Lebensjahr: die überlebenden Kinder können mit wenigen Ausnahmen weder sitzen,noch stehen oder laufen, noch sprechen.

Entscheidend für den Hospitalismus sind nach SPITZ und BOWLBY:

- das Alter des Kindes
- die Dauer der Mutterentbehrung

(quantitative Mutterentbehrung)

- das Vorhandensein eines Ersatzes
- das Verhalten der Mutter dem Kind gegenüber kann auch zu ähnlichen Zuständen führen, wenn es im Sinne eines "psychotoxischen" Einflusses (SPITZ) wirkt.

(qualitative Mutterentbehrung)

Von SPITZ wird die leichtere, reversible Form der Mutterentbehrung als "anaklitische (" ablehnende) Depression" von der irreversiblen und schweren Form der Mutterentbehrung, dem "Hospitalismus" unterschieden. Irreversible Schäden nehmen SPITZ und BOWLBY vor allem dann an, wenn eine Bemutterung erst nach dem dritten Lebensjahr wieder erfolgt. Die Altersgrenze, bis zu welcher sich die Mutterentbehrung im Sinne des Hospitalismus auswirkt, liegt nach SPITZ bei 5 Jahren.

Zusammengefaßt sind folgende Symptome für die Folgen frühkindlicher Mutterentbehrung kennzeichnend:

- Stockung und Rückschritt der allgemeinen Entwicklung
- Kontaktverweigerung
- Gewichtsverlust
- Schlaflosigkeit
- Intelligenzverminderung
- Infektionsanfälligkeit
- Neurotische Fehlentwicklung (87, S. 294).

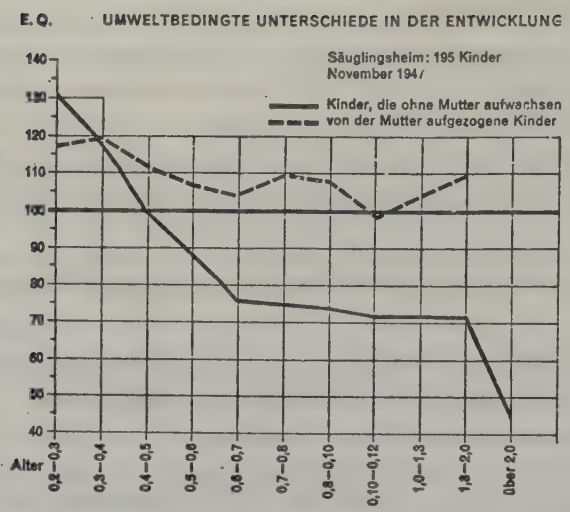


Abb. 5: Aus SPITZ: Vom Säugling zum Kleinkind, Stuttgart, Klett 1967, S. 285

Zum "Entwicklungsquotienten":	in diese Größe gehen ein:
1. Entwicklung und Beherrschung	der Sinneswahrnehmung
2. " "	der Körperbewegungen
3. " "	der zwischenmenschlichen Beziehungen
4. " "	des Lernens, also des Gedächtnisses und der Nachahmung
5. " "	der Handhabung von Gegenständen und Material

6. Die intellektuelle Entwicklung und geistige Produktion (Vom Säugling zum Kleinkind, S. 41).

SPITZ betont, daß dieser auf Grund von Tests an großen Kollektiven gewonnene Maßstab nur der Hintergrund ist, vor dem die Beurteilung des Einzelfalls geschehen muß. Er sei ein Mittel zum groben Vergleich von Kollektiven.

Betrachten wir zunächst die Verfolgungszustände unserer Kinder unter dem Gesichtspunkt des Hospitalismus:

Versteckt mit der Mutter

Schon der geschilderte Fall Nr. 5 (s. S.41) zeigt hierfür wichtiges; man könnte einwenden, wie das auch einer der Vorgutachter in diesem Fall tat, daß das Kind in den ersten Monaten mit der Mutter zusammenlebte und daher in dieser Zeit keinen Schaden im Sinne des psychischen Hospitalismus nehmen konnte. Schon SPITZ hat aber gezeigt, daß Säuglinge nicht nur durch eine völlige (quantitative) Mutterentbehrung im Sinne des Hospitalismus erkranken, sondern auch durch einen qualitativen Mangel an der Mutter, was er als "psychotoxische Erkrankung" bezeichnete. Der extremste Fall davon ist das schon erwähnte "Koma des Neugeborenen" durch eine unverhüllte Ablehnung der Mutter. Aber auch hier sind schwächere Grade zu beachten in ihren Folgen. Man muß sich im Fall von Sandor (Nr. 5) vergegenwärtigen, wie das Leben im Ghetto verlief: der Mangel an Nahrung, die ständige Angst vor Selektionen und dem Abtransport in die Vernichtungslager, die systematisch herbeigeführte Verunsicherung - nur in Ausnahmefällen kann eine Mutter in solchen Umständen verhindern, daß sich ihre Angst auf das Kind auswirkt. Wir können nicht sagen "überträgt", denn der Säugling kann in diesem Sinne noch keine Angst haben. Darunter aber, daß ihm die "lebenswichtige innerlich zufriedene Haltung der Mutter" (BOWLBY) nicht nur fehlt, sondern von der Mutter Unsicherheit und Angst ausgeht, leidet er indirekt umso mehr. v. BAEYER et al.sprechen daher von der "indirekten Verfolgung" der Kleinkinder (4).

Wir sprachen schon in Abschnitt I über den Mangel an Geborgenheit und die Einheit von Mutter und Kind im allgemeinen. Hier ist zu bedenken, daß nicht nur ein Mangel an Geborgenheit durch eine Gleichgültigkeit o.ä. vorliegt, sondern es geht von der Mutter eine angstvolle Stimmung aus, die das Kind umso mehr erlebt, je mehr die Mutter sich "an das Kind klammert". Es ist also in den Ghetto-Situationen schon zu berücksichtigen, was natürlich für das Versteck erst recht gilt. Mit fortschreitender Wahrnehmungsfähigkeit wird dann auch wichtig, daß dem Kind im Erwerb seiner Umweltbeziehung

eine ängstliche Grundhaltung vorgelebt wird, die es assimiliert. Hier muß schon von Übertragung der Angst gesprochen werden (49).

Im Versteck mit der Mutter wurde die Angst der Mutter durch eine permanente Todesgefahr gesteigert. Hinzu kommt, daß die Familie nur in seltenen Fällen an einem Ort bleiben konnte. Der ständige Wechsel fügte allem übrigen noch die Fluchtsituation hinzu, wofür Fall Nr. 10 ein Beispiel gibt:

Rifka F. (geb. am 30.8.1939) kommt mit ihren Eltern mit 2;2 Jahren (am 20.10.1941) ins Ghetto. Hier ist sie Zeugin vieler Gewaltakte; besonders erinnert sie sich an einen grossen Hund, der auf Juden losgelassen wurde. Die Flucht aus dem Ghetto gelingt den Eltern im Juli 1943. Rifka wird in einem Transport von "Typhus-Wäsche" (Wäsche von an Typhus gestorbenen) aus dem Ghetto geschmuggelt. Von nun an spielt sich das Leben in verschiedenen Verstecken ab: zuerst lebt die Familie in einem Erdloch im Wald, dann unter einem Haus, zeitweise im Kanalisationssystem. Nach der Befreiung 1944 geht sie drei Jahre in Stuttgart zur Schule. 1947 wandern sie aus nach Israel. Nach dem Schulabschluß geht sie dort in die Armee. Sie kann für ihr Studium in Israel nicht die Anforderungen erfüllen und geht daher in die USA zum Studium. Hier entwickelt sie eine Entwurzelungsdepression mit nervösen Herzbeschwerden und Magenbeschwerden.

Die Folgen waren in diesem Fall vergleichsweise gering. Er zeigt aber, was "im Versteck leben" bedeuten konnte. Auch der Junge in Fall Nr. 12 war zusammen mit seiner Mutter ständig in verschiedenen Verstecken auf der Flucht. Er zeigt das Bild eines "kontaktlosen Sonderlings" mit neurotischer Persönlichkeitsabbiegung und depressiven Zügen. Die Neurose wirkt sich auch bei diesem Mann (wie im Fall Nr. 5) besonders in Magen-Darmbeschwerden aus. Nach der gescheiterten Ehe ist es zu einer starken Bindung an die Mutter gekommen. Er findet sich in keiner Berufstätigkeit zurecht und wechselt ständig den Arbeitsplatz.

Wir müssen an die oben besprochene Einheit von Mutter und Kind denken, wenn wir uns diese ständig angsterfüllte Atmosphäre, immer wieder unterbrochen von panikartigen Maßnahmen, vorstellen. Für die Mutter, die Geborgenheit spenden soll, gilt: "Angst ist eine Sache des ganzen Menschen. Der Mensch hat nicht in irgend einem abgegrenzten Bezirk Angst. Er ist Angst." (76). Anna FREUD hat bei den Bulldog-Kindern

zum ersten Mal auf die Bedeutung der Angst der Erwachsenen für die mitverfolgten Kinder hingewiesen (21).

Versteckt bei Fremden:

Hier steht die quantitative Mutterentbehrung im Vordergrund, es ist die eigentliche "Hospitalismus-Situation". Die Eltern versteckten ihre Kinder dann bei Pflegeeltern, wenn sie selbst ihren Abtransport ins KZ kommen sahen, um das Kind zu retten oder dann, wenn sie selbst untertauchen wollten. Auch in dieser Lage war es am sichersten, das Kind bei Fremden zu verstecken. Die Pflegeeltern verbargen die Kinder in der Regel im Keller oder auf dem Dachboden. Das hatte zur Folge, daß sie selbst, außer zu den Pflegeverrichtungen, im Tageslauf keinen häufigen Kontakt zu den Kindern haben konnten. Entscheidend ist aber, wie auch MEIERHOFER u. KELLER (53) betonen, der unmittelbare Nahkontakt, das In-den-Arm-genommen-werden, denn die Reifung der Sinnesfunktionen beginnt bei den Nahsinnen (Tast- und Geruchsinn z.B.) und schreitet erst später zu den Fernsinnen fort (68, S. 34).

Auf Grund der Lebensgefahr, in die sich die Pflegeeltern durch die Aufnahme eines jüdischen Kindes begaben, wird man auch selten eine gelöste und angstfreie Stimmung oder Einstellung zum Kind voraussetzen können. Hierfür ist der Fall Nr. 7 ein Beispiel:

Eva B.geb. 1943, wird im Alter von 2 Monten in Belgien bei älteren Leuten versteckt zum Schutz vor den einsetzenden Judenverfolgungen. Die Pflegeeltern haben selbst keine Kinder oder Enkel im Haus und sind im Dorf bekannt. Sie müssen daher sorgfältig darauf achten, daß Eva sich nicht bemerkbar macht. Sie blieb deshalb die ganzen zwei Jahre über (bis 1945) im Keller im Dunkeln versteckt. Nach der Befreiung konnte sie sich längere Zeit nicht an das Tageslicht gewöhnen. Das Essen war völlig unzureichend, da die Pflegeeltern, wie sie sagten, "selbst auf Rationen gesetzt waren". Die Mutter fand sie 1945 total abgemagert und mit Furunkeln bedeckt vor. Der Vater war von den Nationalsozialisten erschossen worden. 1971 klagt Frau B. (28 jährig) über Alpträume, Angstzustände, Depressionen und die Unfähigkeit, tiefere menschliche Beziehungen herzustellen.

Bei der Situation des Verstecks bei Fremden überlagern sich quantitative Mutterentbehrung und qualitative Mutterentbehrung also ebenfalls, wenn auch der Schwerpunkt auf der ersteren liegt. Der Grad ist nur im Einzelfall annähernd zu bestimmen.

Im Konzentrationslager

Von den Lebensbedingungen dieser beiden Kinder (Nr. 4 und 11) ist sehr wenig bekannt. Man weiß aus den Dokumentationen (12, 35), daß die Säuglinge und Kinder im Allgemeinen in "Kinderblocks", getrennt von den Erwachsenen, untergebracht waren. Es herrschten katastrophale Pflegeverhältnisse (105). Die Pflegerinnen waren selbst Häftlinge und in entsprechendem seelischen und körperlichen Zustand.

Die Schwester von Herta (Nr. 11) starb unter denselben Bedingungen, unter denen Herta zu leben hatte. Es ist schwer, zu beurteilen, ob ihnen die Tatsache, daß sie Zwillinge und daher Gegenstand von Experimenten waren, mehr genützt oder geschadet hat.

KOGON schreibt, daß Dr. Mengele, der Leiter der Zwillingsexperimente in Auschwitz, im allgemeinen darüber wachte, daß seine Opfer gut "gehalten" wurden. Andererseits ist über die Art der Experimente in unserem Fall nichts genaueres bekannt außer, daß häufig Blut abgenommen wurde. Dies führt bei einem Kind von 2-3 Jahren auf jeden Fall zu einer Herabsetzung der Widerstandskraft gegen die übrigen Noxen.

Die psychische Situation im KZ war mit Sicherheit einer totalen Deprivation im Sinne von SPITZ gleichzusetzen.

In Zwangsarbeitslagern in Sibirien

Diese Fälle wurden in der Regel als Fälle von nationalsozialistischer Verfolgung von den Gerichten anerkannt. In einem Teil der Fälle wurden Familien aktiv über die russische Grenze getrieben, in anderen Fällen flohen die Familien nach Rußland, solange Deutschland noch nicht mit Rußland im Krieg war und wurden dann mit Eintritt Rußlands in den Krieg dort als Deutsche verhaftet.

Aus den Akten geht hervor, daß in diesen Situationen die Mütter meistens tagsüber arbeiten mußten und die Säuglinge sich selbst überlassen blieben, auch wenn sie krank waren. Mindestens für die Fälle Nr. 8 und 9 müssen wir von einer hochgradigen quantitativen Deprivation ausgehen (Nr. 8 s. S. 43).

Die Retardierung im Fall Nr. 8 ist zwar wie das Gesamtbild für den Hospitalismus charakteristisch; weder die Schwere der Retardierung, noch ihre Dauerhaftigkeit bis ins Erwachsenenalter ist aber allein mit dem Hospitalismus zu erklären. Inwiefern in solchen Fällen frühkindliche Hirnschädigungen in Betracht zu ziehen sind, wird noch zu besprechen sein.

Wir fassen zusammen: Von Seiten der Verfolgungssituationen sind die Kriterien für eine quantitative und/oder qualitative Deprivation in allen Fällen gegeben, wenn auch graduell verschieden ausgeprägt (s. S. 45):

- das Alter der Kinder: 0-3 Jahre
- das Nichtvorhandensein eines Mutterersatzes bzw. die Art des "Mutterersatzes"
- das Verhalten der Mutter dem Kind gegenüber (psychotoxischer Einfluß der geängstigten Mutter)

Bleibt als wichtiges Kriterium die Dauer der quantitativen oder qualitativen Deprivation.

Wenn man beide Formen der Deprivation zusammennimmt, so entspricht das der Dauer der Verfolgung überhaupt; z.B. im Fall Nr. 5: Die ersten elf Lebensmonate lebt das Kind mit der angsterfüllten Mutter, die ihm Schlafmittel gibt und anschließend erlebt es eineinhalb Jahre fast völliger Mutterentbehrung. Die durchschnittliche Dauer der Verfolgung in diesem Sinne lag bei unseren 0-3 jährigen Kindern bei 3;3 Jahren! In vier dieser Fälle dauerte die Verfolgung bis zum 5., 6. und 7. Lebensjahr. Die kürzeste Verfolgungszeit betrug elf Monate.

Wir sehen somit alle Kriterien, die für die Entstehung des Hospitalismus angegeben werden, erfüllt, Wenn es dabei relativ schwierig ist, die Schwere der qualitativen Mutterentbehrung genau festzustellen, d.h. im Einzelfall den Grad zu bestimmen, in dem die eine oder andere Pflegemutter dem Kind doch einen Mutterersatz bieten konnte, so kann diese Unsicherheit jedoch in Anbetracht der sehr langen Dauer und des Alters an dem Hospitalismus als einem wesentlichen aetiologischen Faktor keinen Zweifel aufkommen lassen.

Die Häufung der Kontaktstörung, der Denkstörungen, des psychischen Infantilismus und der persistierenden Bindung an die Eltern, die wir bei den im Alter von 0-3 Jahren Verfolgten fanden (s. S. 15), haben hierin einen wesentlichen Teil ihrer Verursachung. Damit ist die Frage aber nicht beantwortet, warum die Retardierung und die einzelnen Störungen nicht kom-pensiert wurden; dies könnte man erwarten, da die meisten unserer Kinder ihre Familie noch in der Kindheit wiederfanden.

Zwar vermuten auch SPITZ und BOWLBY bei Hospitalismus irreversible Schädigungen. Diese Annahme ist bisher nicht bewiesen. In Abschnitt V werden wir auf diese Frage zurückkommen. Es müssen dazu erst alle übrigen Faktoren mit in Betracht gezogen werden.

Wir sahen oben anhand von Fall Nr. 8, daß sich aus der physischen Mangelsituation der Säuglinge und der Kleinkinder - Infektionen, Hungerdystrophie, Dysenterien - und den Symptomen, die nach der Befreiung festgestellt wurden, die Frage nach der frühkindlichen Hirnschädigung als einer weiteren Teilursache stellt.

2. Die frühkindliche Hirnschädigung

Schädigungen des Gehirns als typische Spätfolge nationalsozialistischer Verfolgung wurden von vielen Untersuchern beschrieben, meistens bei im erwachsenen Alter Verfolgten. v. BAEYER et al. (4, S. 94 und96) weisen auf die "zahlreichen Fälle von cerebral-organisch gefärbten Versagenszuständen mit entsprechenden pneumencephalographischen und neurologischen Befunden" als Folge der Hungerdystrophie hin. Diese Verfolgten sind es gleichzeitig, die unter einer langdauernden Leistungsminderung leiden, die sich in vielen Fällen überhaupt nicht wiederherstellt. KOLLE fand bei 79 von 218 KZ-Häftlingen bleibende Hirnschäden (36), KLUGE bei 200 von 600 KZ-Häftlingen, LEVINGER in 60 von 800 Fällen (zit. nach v. BAEYER et al.). LÖNNUM fand bei 81 % von 227 untersuchten KZ-Häftlingen diffuse Hirnschäden (48). Die Diagnosen wurden von ihm mit EEG, Pneumencephalogramm

und Liquoruntersuchung gesichert. Auch SHEPS und THYGESEN fanden übereinstimmend bei 83 % der von ihnen untersuchten KZ-Insassen organische Hirnschäden (79).

Die zitierten Arbeiten betreffen erwachsene Verfolgte. Durch die Untersuchungen von LEMPP wissen wir, daß viel häufiger, als bisher angenommen, schon unter den heutigen Lebensbedingungen diffuse frühkindliche Hirnschädigungen (minimal cerebral dysfunctions) auftreten. Von 500 neurotischen und milieureaktiv verhaltensgestörten Kindern hatte bei einem Drittel bis zur Hälfte dieser Kinder eine perinatal oder im ersten Lebensjahr erworbene diffuse Gehirnschädigung den Boden für die neurotische Fehlentwicklung bereitet. "Solche irreversiblen Schäden drücken sich aber kaum einmal in faßbaren neurologischen Befunden, etwa Reflexdifferenzen, Paresen oder umschriebenen Ausfällen aus, da es sich ja um eine diffuse,das ganze Gehirn betreffende Schädigung handelt; ja, wir können, da besonders die ventrikelnahen Anteile des Gehirns durch Ödemnekrose zugrunde gehen, nicht einmal typische EEG- Veränderungen erwarten.Allenfalls Luft-encephalographische Befunde, wie sie z.B. ENGESET u.a. an erwachsenen Verfolgten in großer Häufigkeit feststellen konnten, könnten solche diffusen Schäden objektivieren" (44, S. 246).

An die Stelle der neurol gischen Untersuchung treten bei diesen Schädigungen psychologische Tests, die dann in der Regel Teilleistungsstörungen aufdecken, wie in unserem Fall Nr. 26. Auch der schon erwähnte Fall Nr. 5 ist ein Beispiel dafür, wie durch die "persistierende unwillkürliche Aufmerksamkeit des Kleinkindalters" (40) beim Schulkind die für die frühkindliche Hirnschädigung typische Reizüberempfindlichkeit (Nervosität) entsteht. Die Reizüberempfindlichkeit äußert sich weiterhin als Konzentrationsschwäche, Antriebsüberschuß und Hypermotorik (40, S. 55/56). Ein weiteres damit zusammenhängendes Symptom ist die Distanzstörung, verbunden mit der Unfähigkeit, tiefere persönliche Bindungen herzustellen. Typische Bilder hierfür liefern die Fälle Nr. 1, 4, 5 und 10.

Nr. 1 soll an dieser Stelle dargestellt werden:

Petra F. wird am 9.1.1941 im Ghetto Warschau geboren. Wenige Wochen nach der Geburt gelingt es der Mutter, das Kind aus dem Ghetto zu schmuggeln und bei einer Bekannten zu verstecken. Dort wird das Kind im Keller verborgen gehalten, bei mangelhafter Ernährung und ohne Kontakt zu anderen Kindern. Im Herbst 1944 wird Petra im Alter von 3;8 Jahren befreit. Die ärztliche Untersuchung ergibt: Rachitis, Hungerödeme, Anämie und Rickettsiose. Im 5. und 6. Lebensjahr leidet sie an Kopfschmerzen, Magenschmerzen, Angstträumen und Schlafstörungen. Sie erbricht häufig nach dem Essen. Im Kindergarten ist sie nervös, hat keinen Kontakt zu den anderen Kindern, macht große Schwierigkeiten, hält sich ständig unter dem Tisch versteckt und "unterbricht dauernd die Routine". 1948 wird sie in Montreal eingeschult. Sie kommt wegen ihres Verhaltens in eine Klasse für schwer-erziehbare Kinder. Nach 6 Jahren beendet sie die Schule. Mit 18 Jahren findet sie Anstellung in einer Versicherungsgesellschaft. Mit 20 Jahren heiratet sie und hat eine Tochter. 1965 - im Alter von 24 Jahren - wird folgender Befund erhoben: Es besteht ein psychischer Infantilismus mit starker Abhängigkeit von der Mutter als Ausdruck einer schweren Kontaktstörung. Die Patientin zeigt ein dauerndes inadaequates Lächeln und klagt über Kopfschmerzen, Magenbeschwerden und Schlafstörungen durch Alpträume. Auch tagsüber leide sie an Angstzuständen verschiedenen Inhalts.

Als die wichtigste Auswirkung resultiert aber aus der diffusen frühkindlichen Hirnschädigung eine mangelhafte Fähigkeit der Erlebnisverarbeitung im Sinne einer Disposition zur neurotischen Fehlentwicklung (40), (25).

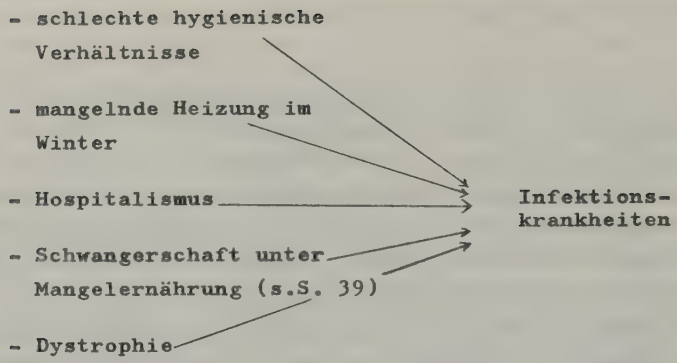
Aus den folgenden Ausführungen wird deutlich werden, daß in den meisten Fällen mehrere Noxen, die für sich allein für eine frühkindliche Hirnschädigung ausgereicht hätten, in allen Altersgruppen als Verfolgungstatbestand vorlagen. Die lange Dauer der Gehirndifferenzierung und die Befunde an den erwachsenen Verfolgten (s. S. 52/53) machen es notwendig, die mögliche Schädigungszeit des Gehirns unter solchen Einwirkungen auf die ganze Kindheit und Jugend auszudehnen, wenn auch die Empfindlichkeit allmählich abnimmt. LEMPP begrenzt für die heutigen Lebensbedingungen die mögliche Schädigungszeit auf den 6. Fetal- bis 12. Lebensmonat. Unter den Verfolgungsbedingungen hält LEMPP aber eine Ausdehnung der möglichen Schädigungszeit auf die gesamte Kindheit und Jugend für notwendig (44, S. 246). Die zweifellos vorhandene höhere Kompensationsfähigkeit des kindlichen Gehirns hätte sich nur

auswirken können, wenn eine intensive heilpädagogische Behandlung sofort nach der Befreiung eingesetzt hätte (s. S. 76).

Es sind nun die spezifischen Schädigungseinflüsse für eine frühkindliche Hirnschädigung in unseren Fällen zu betrachten: LANGE-COSACK (39) weist darauf hin, daß das Gehirn von Säuglingen und Kleinkindern besonders dazu neigt, allgemeine Infektionskrankheiten mitzumachen. Nach OSTERTAG kommt es durch die erhöhte Permeabilität der kindlichen Meningen auch häufiger zu encephalen Mitreaktionen (57). Er macht Scharlach, Mumps, Masern, Grippe, Pneumonien, Otitiden u.a. im Säuglingsalter für basale meningeale Zysten verantwortlich. Im Zusammenhang mit der in Abschnitt II besprochenen quasi-embryonalen Gehirnentwicklung im ersten Lebensjahr leuchtet es ein, daß OSTERTAG weiterhin als prae- und postnatale Folgen frühkindlicher Hirnschädigungen und auch nach den eben erwähnten periencephalen Prozessen Migrationsstörungen in den Vordergrund rückt. Das heißt: Das vollständige oder teilweise Liegenblieben von Keimmatrix und die dadurch bedingte mangelhafte Zellausreifung der Gehirnrinde. WINICK und ROSSO fanden ähnliche Befunde nach schwerer Mangelernährung (s. S. 58).

Damit wären als erstes die Infektionskrankheiten festzuhalten, besonders der Typhus. Hier muß regelmäßig eine cerebrale Mitbeteiligung angenommen werden (13). Kinder weisen dabei eine höhere Schädigungsrate als Erwachsene auf (44).

Auch die übrigen Infektionskrankheiten spielen eine wesentliche Rolle, weil in der Verfolgungssituation sehr viele Faktoren wirksam waren, die die Anfälligkeit für Infektionskrankheiten förderten. Dies kann für den Verlauf und die Schwere der aufgetretenen Infektionskrankheiten nicht ohne Folgen gewesen sein. Die Infektionskrankheiten sind ein einfaches Beispiel für das Zusammenwirken mehrerer exogener Einflüsse, wie wir es noch in komplizierteren Verhältnissen zwischen den Hauptfaktoren der Verfolgungsbelastung finden werden. Folgende schematische Darstellung soll dies veranschaulichen:



Durch HALLMANN et al. wissen wir, daß Dysenterien im Säuglingsalter mit diffuser Demyelinisation und reparativer fibröser Gliabildung einhergehen können (26).

Vor allem muß der Hunger selbst berücksichtigt werden, die Hungerdystrophie. Der Hunger hat für die Verfolgung in allen Altersgruppen bei jeder Art der Verfolgung eine ubiquitäre Rolle gespielt.

Ein Tatsachenbericht aus Auschwitz, der wie dieser ganze Abschnitt auch die im späteren Kindes- und Jugendalter Verfolgten betrifft, enthält folgende Passage zur Hungerdystrophie der Säuglinge:

"Der Kinderkrankenblock im Zigeunerlager war eigentlich nicht viel anders als die Blocks der Erwachsenen. Aber die Not dieser jungen Würmer schnitt noch mehr ins Herz, vielleicht weil die Gesichter alles Kindliche eingebüßt hatten und mit greisenhaften Zügen aus hohlen Augen guckten. Leid und Hunger hatten dies geschaffen." ... "Die Kinder waren wie die Erwachsenen nur noch Haut und Knochen, ohne Muskeln, ohne Fett...". (105).

So kann man sich eine bessere Vorstellung von Paul S. (Fall Nr. 4) machen:

Die Mutter war schon während der Schwangerschaft im Ghetto. Dort wurde Paul am 9.1.1944 geboren. Im November 1944 kam er in das KZ Auschwitz und im Dezember 1944 in das KZ Theresienstadt. Hier begann Paul akut hochfieberhaft zu erkranken. Bei der Aufnahme in das Kinderkrankenhaus Brünn 1946 wurden versc-hiedene Manifestationen eines rheumatischen Fiebers festgestellt: Endocarditis, Nephritis, Polyarthritis, kompliziert durch Anämie und Dystrophie. Er mußte daher nach der Verfolgungszeit zwischen Geburt und 1;4 Jahren noch 1 Jahr im Krankenhaus liegen.

1949 wandert die Familie nach Melbourne aus. Paul gewöhnt sich schnell ein. Er bemüht sich sehr, sich auszuzeichnen und wird Primus und Anführer der Klasse, wobei gleichzeitig Symptome der Überanstrengung und der vegetativen Labilität festgestellt werden: Er ist nervös, immer sehr müde, schwitzt unkontrolliert und hat Kopfschmerzen und schläft schlecht. Es treten immer wieder Nephritis-Rezidive auf. Er beginnt, Medizin zu studieren, muß aber wegen Konzentrationsschwierigkeiten abbrechen. Er beginnt das Dentiststudium, bricht aber auch dieses ab, schließlich auch das Pharmaziestudium. 1970 ist er in Behandlung wegen schweren Angstsymptomen mit depressiven Zügen und Konzentrationsschwierigkeiten. Es besteht eine für das Alter übermäßig enge Bindung an die Eltern.

An diesem Fall ist gut zu sehen, wie sich die verschiedenen Einflüsse im Einzelfall auswirken: Nach 10 Monaten im Ghetto mit der Mutter erleidet Paul im Alter von 0;10 bis 2;4 eine hochgradige Mutterentbehrung (KZ und 1 Jahr Krankenhaus). In der gleichen Zeit erkrankte er schwer und litt an Hungerdystrophie, weshalb mit hoher Wahrscheinlichkeit eine diffuse frühkindliche Hirnschädigung angenommen werden muß. Diese wirkt sich nicht unmittelbar in einer Verminderung der Intelligenz aus (40), die bei Paul S. vielleicht überdurchschnittlich veranlagt war. Kennzeichnend sind vielmehr die Konzentrationsschwierigkeit und die bestehende Reifungshemmung (s.S. 53,77); das "Anführer-Sein" in der Schulzeit und die guten Leistungen bei gleichzeitiger Überanstrengungssymptomatik erscheint in Anbetracht des späteren Versagens im Studium einerseits als eine Art Überkompensation; andererseits ist es charakteristisch, daß das eigentliche Versagen erst dann auftritt, als eine gewisse Ablösung vom Elternhaus - im Studium - erforderlich wird. Dies wird uns noch öfter begegnen und zeigt deutlich, wie die in Abschnitt I erörterten Grundlagen der sozialen Beziehungen in solchen Fällen in der Entwicklung behindert wurden. Solange der Aufenthalt in der Familie besteht, wirkt sich die Kontaktstörung nicht in voller Stärke auf die Lebens-

leistungen aus (s.S. 82), sondern erst dann, wenn die Fähigkeit, eigene Kontakte herzustellen, voll beansprucht wird.

Wir erwähnten diesen Fall im Zusammenhang mit den Folgen des Hungers für die Hirnschädigung. Der Hunger war eine Dauererscheinung in allen auf S. 13 aufgeführten Verfolgungssituationen. Im KZ aber wurde er systematisches Folterungs- und "Auslese"-Mittel (35). LÖNNUM hat hervorgehoben, daß der Hunger allen übrigen seelischen und körperlichen Streßfaktoren praktisch "die Wege bahnte", sodaß diese erst dadurch so tiefgreifend wirken konnten, wie sie es taten (48). Die Arbeitsdienste von 12 und mehr Stunden (35) - gleichzeitig die Situation, in der die SS-Leute ihren Sadismus am brutalsten auslebten (51) - und die Todesängste wirkten auf die ausgehungerten Menschen wesentlich tiefer und unmittelbarer, als wenn sie hätten satt werden können. Andererseits wird bei den in der späteren Kindheit Verfolgten die Verbindung von Zwangsarbeit und Hunger gerade auch für eine organische Schädigung zu beachten sein.

Nun zur Wirkung des Hungers auf das Gehirn: KOLLE nimmt nur bleibende Schäden am ZNS an, wenn in der Heilungsphase von Encephlitiden Hungerdystrophie bestand (36). KLIMKOWA-DEUTSCHOWA hat als Neurologin ausführlich auf diese Schädigungsart der Verfolgung hingewiesen (32, S. 261). Sie zitiert zunächst zahlreiche tierexperimentelle Arbeiten, in denen als Folge von Hungerdystrophie festgestellt wurde: Degeneration von Nervenzellen, diffuse Chromatolyse mit Kernpyknose, Degeneration vom NISSL-Typus u.a. bei Katzen. Die Art der Schädigungen war bei jungen und erwachsenen Tieren prinzipiell die gleiche. Jedoch waren die jungen Tiere gegen Hunger wesentlich weniger resistent. Die erwachsenen Tiere überlebten mitunter achtmal länger als die Jungtiere.

SHEPS nennt Markreifungsstörungen als spezielle Folge von Proteinmangelernährung bei im Kindesalter Verfolgten (79), was durch die Arbeiten von DOBBING (14) und WINICK u. ROSSO (104) bestätigt wird. WEIß beschreibt Hirnatrophie nach Dystrophie bei KZ-Häftlingen, auch in Fällen, in denen der Hunger nicht die Todesursache war (102).

FAUST beschreibt, daß er pneumencephalographisch Hirnatrophie nach Hungerdystrophie auch bei Patienten fand, die weder traumatisiert waren, noch Encephalitis gehabt hatten. Er betont außerdem die Begünstigung der Hungerödem-Nekrose durch Traumatisierung. Er beschreibt dazu den Fall eines Patienten, der mit 14 Jahren ein Schädelhirntrauma erlitten hatte, aber beschwerdefrei blieb. In der russischen Gefangenschaft aber bekam er nach schwerer Hungerdystrophie epileptische Anfälle, die seither persistieren (20).

SCHEFFLER weist auf die Dystrophie-Folgen für das Zwischenhirn-Hypophysen-System hin (73), was für die vegetativen Fehlsteuerungen unserer Patienten zu berücksichtigen sein wird (S. 75).

Es wurden bisher naturgemäß die schweren Schädigungen nach KZ-Haft bei Erwachsenen untersucht, wie die zitierte Literatur zeigt. Die diffuse frühkindliche Hirnschädigung kommt verständlicherweise in ihrer Bedeutung als Verfolgungsschaden erst heute an den Tag. Die noch relativ jungen Forschungsergebnisse auf diesem Gebiet mußten sich erst bis in die Begutachtungspraxis durchsetzen (die umfassenden Arbeiten von GÖLLNITZ und LEMPP erschienen erstmals 1959 bzw. 1964).

PAUL u. HERBERG (59) berücksichtigen bei ihrer Zusammenstellung der Schädigungsfaktoren die exogene organische Schädigung noch nicht, wohl aber in einem Einzelfall (s.S. 68). Wenn v. BAEYER et al. (4, S. 129) von 143 Verfolgten nur 3 Fälle von cerebraler Dystrophieschädigung feststellten, "so ist diese Zahl mit Sicherheit zu niedrig"(44, S. 247).

Die folgende Tabelle 7 zeigt nun die Schädigungseinflüsse, die in den angegebenen Fällen mit hoher Wahrscheinlichkeit zu diffusen Hirnschädigungen geführt haben. Die Zahlen bedeuten die Nummern der Fälle. In den meisten Fällen treffen mehrere Noxen zusammen, die für sich allein eine (frühkindliche) Hirnschädigung hervorrufen könnten. Bei den übrigen Kindern, die im Alter von 0-3 Jahren verfolgt waren, bestand in allen Fällen eine schwere Mangelernährung und Infektionskrankheiten, sodaß auch in diesen Fällen eine organische Schädigung nicht auszuschließen ist. In der Altersgruppe der 3-12

Tabelle 7: Ursachen frühkindlicher Hirnschädigungen

	0-3 J.	12-16 J.	16-21 J.
Typhus	8	26	39
Andere Infektionskrankheiten	1,4,5		39
Hungerdystrophie	1,2,4, 5,6,8, 11	26,30	38,39
Dysenterien	2,8		
Schädelhirntrauma	3	30	
Schwangerschaft unter Verfolgung	2,3,4,5		
Ständige Blutentnahmen	11		

Jährigen ist eine frühkindliche Hirnschädigung in keinem Fall mit hinreichender Sicherheit anzunehmen.

Was zeigt nun in den Fällen der 0-3 Jährigen, daß eine organische Schädigung vorgelegen haben muß?

In den Fällen Nr. 5, 6 und 8 ist die Retardierung der motorischen und der sprachlichen Entwicklung so ausgeprägt, daß uns diese aus dem Hospitalismus nicht hinreichend erklärbar erscheint:

- Nr. 5: Sandor kann mit 2;4 Jahren weder stehen, gehen, sprechen noch weinen.
- Nr. 6: Rita beginnt mit 2;6 Jahren zu sprechen, mit 4 Jahren zu laufen, ist mit 4 Jahren sauber.

Nr. 8: Rahel lernt mit 3 Jahren gehen und sprechen, mit 7 Jahren hört sie auf, bettzunässen.

PORTMANN weist darauf hin, daß sowohl VARIOT als auch MANOUVRIER zeigen konnten, daß die motorische Entwicklung nicht mit der körperlichen Gesamtentwicklung korreliert ist, sondern eindeutig von der Gehirnentwicklung und -funktion abhängt (64), (65). Das ist verständlich, da die Motorik ein erlernter, vom ZNS gesteuerter Vorgang ist. Somit muß die frühkindliche Hirnschädigung auch ein Faktor sein, der eine Verzögerung der motorischen Entwicklung begünstigt. LEMPP nennt denn auch (40, S. 75) Verzögerungen der motorischen und sprachlichen Entwicklung als diagnostische Kriterien einer frühkind-

lichen Hirnschädigung und bezeichnet außerdem die Retardierung im Schulkindalter als charakteristisch (40, S. 79). Der erwähnte Lernvorgang ist, wie die Berichte von den sog. Wildkindern zeigen konnten, ein Nachahmungsvorgang. Daher ist zu erwägen, ob die verzögerte sprachliche und motorische Entwicklung eine Mitursache in dem fehlenden Vorbild bei den Kindern in Verstecken hatte (Kaspar Hauser-Situation).

In den Fällen 1, 3 und 5 wird weiterhin die typische Reizüberempfindlichkeit der frühkindlich hirngeschädigten Kinder berichtet. Auch WOLFFHEIM berichtet bei Kleinkindern, die das KZ überlebt hatten, von einer erhöhten Reizbarkeit. Diese Kinder waren laut ärztlichem Befund "organisch geschädigt", wobei wir allerdings offenlassen müssen, was mit dieser Bezeichnung gemeint war:

"Für die Kleinkinder wurde eine besondere Gruppe eingerichtet, deren Schwierigkeit eine der dort mitwirkenden Erzieherinnen folgendermaßen schildert.Mrs. Liza Zadeck schreibt (6): "Nach einer fünfstündigen Arbeit in der Kleinkindergruppe waren die Pflegerinnen für den Tag 'erledigt'. Diese Kinder waren jämmerliche, winzige Wesen, alle weit unter normaler Größe, von unbeschreiblicher Reizbarkeit. Viele hatten abrasierte Köpfe, die teils mit Ausschlag bedeckt waren. Kam man anfangs in die Nähe des Kinderhauses, so hörte man aus ihm Brüllen, Tag und Nacht, wie aus einem Zoologischen Garten. Es waren animalische Geschöpfe; diese Kinder: wild rissen sie sich das Spielzeug fort und tobten ziellos herum. Die Entwicklung zum normalen Kinderdasein geschah erst allmählich" (105).

Die Schulschwierigkeiten, die in den Fällen Nr. 1,5,6,8,11 berichtet werden, sind ein weiteres typisches Merkmal für frühkindlich Hirngeschädigte, wenn auch hierfür noch andere Ursachen, besonders der Hospitalismus, verantwortlich sind.

Diese Schulschwierigkeiten resultieren von Seiten der frühkindlichen Hirnschädigung aus der mangelnden Anpassungsfähigkeit, den Konzentrationsschwierigkeiten und den Teilleistungsstörungen.

Wir vermuten, daß die von LEMPP festgestellten Teilleistungsstörungen und Teilerfassungsstörungen damit zusammenhängen, daß das Gehirn in einer Phase geschädigt wird, in der z.B. das Erlernen der optischen Gestalterfassung zu geschehen hat, wie es PIAGET u. SPITZ beschrieben haben. PIAGET hat gezeigt, daß dieser Vorgang ein aktiver, vom vorsprachlichen

Denken geleisteter ist. Die Schädigung trifft nun auf das Gehirn in der Phase, in der es für die Gestalterfassung morphologisch sensibel, bildbar ist, das heißt: in der das Gehirn die Strukturen ausbilden sollte, die zwischen den Wahrnehmungsreizen und dem Denken vermitteln. In diesem Alter, in dem sich das Gehirn noch stark differenziert (s.o.), hat man zu berücksichtigen, daß die funktionellen Lernvorvorgänge maßgeblich an der Bildung der Organstrukturen des Gehirns beteiligt sind. Scheint dieser Gedanke auch ungewohnt, so ist er doch nichts anderes als die Folgerung aus dem, was wir als gesichertes Wissen über die Gehirnentwicklung und die Lernvorgänge heute wissen:

Schon im Tierexperiment konnten VALVEDERE und KARLSSON nachweisen, daß die Zahl der funktionierenden Synapsen des Sehnervs von der Menge des Lichts abhängt, welches die Augen der neugeborenen Ratte in der Zeit bis zur Reife sehen (33), (99).

SENDEN (zit. nach (87), S. 73) hat im Erwachsenenalter operierte Blindgeborene beschrieben, die zunächst keinerlei räumliche oder sonst gestaltete Wahrnehmungen hatten, sondern nur "eine Masse verschiedener Helligkeiten" sahen. Wir können das nur so verstehen, daß diese Menschen in der Kindheit das Sehen nicht lernen konnten, das heißt, die Gehirnstrukturen nicht bilden konnten und daher als Erwachsene so unvollkommen sehen.

Wie die erwähnten Arbeiten von DANN u. A. FREUD und von NAU u. CABANIS zeigen, ist die nachträgliche Organisierung der für das elementare Verhalten nötigen Hirnstrukturen durch sofortige intensive heilpädagogische Behandlung möglich. Die Kinder waren in beiden Arbeiten unter 5 Jahren. Wir sehen aus alledem: "Erziehung" bedeutet: Vollendung der Embryogenese des Menschen durch Eltern und Lehrer (s. S. 26 und 76).

So erklärt sich auch die Reizüberempfindlichkeit, die LEMPP feststellt: Nach SPITZ beruht die Möglichkeit des Denkens darauf, daß das Kind lernt, "Reizen gegenüber nicht sofort reagieren zu müssen, die Frustration des Nicht-reagierens dem Reiz gegenüber ertragen zu können" (86, 87). Diese Fähigkeit ist aber nur vorhanden, wenn das Kind, auf andere

Weise als äußerlich, dennoch reagieren lernt: wenn es lernt, der Sinneswahrnehmung gegenüber ein innerlich vorgestelltes Bild aufzurufen, was man als "Ersatz" einer äußeren Reaktion auffassen könnte. Eine solche innere Vorstellung ist immer erinnert (88, S. 75), wenn auch unwillkürlich und assoziativ. Erinnerungen können sich aber nur von gestalteten Wahrnehmungen bilden. Sind die entsprechenden Strukturen später nicht vollkommen ausdifferenziert, dann fehlt dem Kind die Möglichkeit, den Reizen gegenüber genügend Erinnerungsvorstellungen aufzurufen, und es muß in demselben Maße äußerlich statt innerlich reagieren, es wird reizüberempfindlich, zappelig, ablenkbar.

Unsere Kinder waren in dieser Phase auch anderweitig an dem Lernvorgang der Gestalterfassung behindert: durch die sensorische Reizdeprivation und die mehrfach bedingte Inaktivität. Anselm Ritter von Feuerbach beobachtete 1828 an Kaspar Hauser, der 12 Jahre in einem Kellerverlies gehalten worden war, "seine Unerfahrenheit beim Sehen, das rein flächenhaft war, ohne jeden Sinn für die Perspektive..." (1) (s. Abschnitt IV). Außerdem muß in Fall Mr. 5 auch eine medikamentöse Reizabschirmung durch häufige Gabe von Sedativa als aetiologischer Faktor der geistigen Entwicklungshemmung in Betracht gezogen werden.
Der Tabelle 7 mit den spezifischen, in unseren Fällen wirksamen Noxen, müssen wir also zunächst folgende Störungen, die durch eine frühkindliche Hirnschädigung mitbedingt sind, an die Seite stellen.

_ - Retardierung der motorischen und sprachlichen Entwicklung

Schul-schwierig-keiten (- Reizüberempfindlichkeit (Konzentrationsschwäche)
(- Störung der optischen Gestalterfassung (Nr.26)
(- Anpassungsschwierigkeiten

Der wesentliche Faktor liegt aber in der Begünstigung einer neurotischen Fehlentwicklung$und wird in seiner Bedeutung in Abschnitt V erörtert.

3. Die Kaspar Hauser- Situation

Gemeint ist hiermit das Leben im Versteck. Kaspar Hauser war die ersten 16 Jahre seines Lebens versteckt gehalten worden, davon 12 Jahre in einem Kellerverließ. (63) Wir verwenden damit die von PAUL u. HERBERG vorgeschlagene Bezeichnung (59).

Zwölf der zwanzig 0-11 jährigen Kinder waren versteckt. Im Durchschnitt 2 Jahre lang. In den schlimmsten Fällen konnten sie in dieser Zeit mangels Licht kaum etwas sehen. Immer aber waren diese Kinder schwer in ihrer Bewegungsfreiheit behindert. Dazu kam der Zwang, ständig Geräusche zu vermeiden, der fehlende menschliche Umgang (nicht in allen Fällen) und die ständige Angst, entdeckt zu werden. Im ersten Jahr können wir diese Situation nicht vom Hospitalismus trennen. Auch SPITZ führt die Hospitalismus-Schäden zu einem Teil auf die sensorische Deprivation der von ihm beobachteten Kinder zurück (s.S. 44).

Die Versteckssituation unter dem Gesichtspunkt des Hospitalismus wurde auf S.49 besprochen. Unser Fall Nr. 15 ist ein eindrucksvolles Beispiel:

Sarah H., geb. am 6.11.1935, kommt mit ihrer Familie im Alter von 6;1 Jahren ins Ghetto. Nach einem Jahr gelingt ihnen die Flucht aus dem Ghetto, und sie wird mit ihrem Bruder in einer Dachkammer bei Fremden versteckt. Die Eltern können sie regelmäßig besuchen, unter Lebensgefahr für die ganze Familie. Sie hatten kaum zu essen und durften den ganzen Tag kein Geräusch machen. Es gab kein Tageslicht. Nachts wurden sie heruntergeholt, um auf die Toilette zu gehen; "da konnte man manchmal ein Stück gehen, um die Beine zu bewegen". So leben Sarah und ihr Bruder drei Jahre lang. Als das Mädchen, das noch mit ihnen versteckt ist, stirbt, hält die 8-jährige Sarah sie in den Armen. Zur Zeit der Befreiung 1944 ist sie neun Jahre alt. Sie hat Geschwüre am ganzen Körper und ist "zum Skelett abgemagert". 1949 wandert die Familie nach Australien aus. Nach der 4. Oberschulklasse geht sie von der Schule und wird Sekretärin. Mit 22 Jahren heiratet sie. Die ärztlichen Untersuchungen in den folgenden Jahren ergeben folgende Berichte: 1949: Die Patientin ist ruhelos, angespannt und hat hyperaktive Reflexe. Sie klagt über Schlafschwierigkeiten, Alpträume, Depressionen und Kopfschmerzen. 1950: Es geht ihr etwas besser, sie hat aber weiter Angstträume und Schlaflosigkeit; es wurde Natriumamytal verordnet. 1955: Der Zustand ist unverändert. 1961: Sie erleidet einen "Nervenzusammenbruch" nach der Geburt ihres ersten Kindes im Wochenbett. Es werden Tranquillizer verordnet. 1966: Die Patientin klagt über Reizbarkeit und Kopfschmerzen. 1968: Sie hat Ängste vor allem möglichen

(allein zu sein, vor Donner) und meidet "fremde Menschen". Sie ist immer müde, die Kopfschmerzen sind nicht mehr so stark. Wenn sie Angst habe, krampfe sich der Magen zusammen. Es werden festgestellt: Intellektuelle und emotionelle Unreife. Eine chronische Persönlichkeitsänderung mit paranoiden Zügen und fehlender Lebensanpassung. 1971: Die Patientin ist erregt, von sprunghaft-verängstigter Art, keine Anzeichen von Wahnvorstellungen. Es besteht ein Angstzustand mit depressiven Zügen, geringer Belastbarkeit und vegetativen Störungen.

Es ist noch hinzuzufügen, daß die Verfolgungsmaßnahmen begannen, als Sarah 4 Jahre alt war. Die Patientin gibt an, daß sie ihren Kindern gegenüber keine Geduld und Ruhe aufbringen könne.

Man wird dieses Bild einer angstneurotischen, unausgereiften Frau nicht verstehen, ohne die Überlegungen, die uns in Abschnitt I beschäftigt haben. Hier liegt weder ein Hospitalismus im eigentlichen Sinne vor, noch kann eine eventuelle organische Schädigung, die bei der schweren Dystrophie in der Zeit vom 6. bis 9. Lebensjahr nicht auszuschließen ist, als vollständige Erklärung ausreichen. Vielmehr ist zu berücksichtigen, daß dieser Mensch im Alter von 4 bis 9 Jahren von einer Atsmosphäre des Bedrohtseins und der Angst umgeben war. Was wir beispielhaft auf S.34 für das Kind schilderten, dessen produktive Unbefangenheit so weit ging, daß es sagen konnte: "Ich bin eine Kirche." - dieses Verbundensein mit der Welt erscheint später als Ich-Stärke im Sinne einer gesunden Erlebnisverarbeitung und Belastbarkeit. "Geborgenheit" ist eben keine sentimentale Vorstellung, sondern eine Voraussetzung dafür, daß das Kind in ein vertrauensvoll-schöpferisches Verhältnis zu den ihn umgebenden Dingen und Menschen tritt. Dieses wird später Kraft der Lebensbewältigung, das eigentliche Gegenteil von Neurose.

PAUL u. HERBERG (59) nennen die Hemmung der motorischen Betätigungsmöglichkeit an erster Stelle der Schädigungsfaktoren für versteckte Kinder und Jugendliche. Auch SCHENK nennt als Schädigungsfaktor die erzwungene Inaktivität (74).

Th.F. HAU beschreibt die Zusammenhänge zwischen der Hemmung der Motorik in bestimmten Altersstufen und verschiedenen Charakterstrukturen der psychoanalytischen Strukturtheorie

(27, S. 18). Demnach entsteht die "zwangsneurotische Struktur" durch Unterdrückung der zielbewußten Anwendung der Motorik im 4. und 5. Lebensjahr (Der oben berichtete Fall Nr. 15 könnte in diesem Sinne interpretiert werden).

Da sich nach PIAGET die Intelligenz aus einer motorischen Vorstufe entwickelt, muß sich die Behinderung der motorischen Entfaltung, vor allem zusammen mit der sensorischen Deprivation, auch hemmend auf die Intelligenzentwicklung auswirken (98). Weitere Faktoren der Kaspar Hauser-Situation, die in diesem Sinne wirken, sind: die fehlende (bzw. eingeschränkte) Möglichkeit zu spielen (4) und das fehlende Vorbild für die Nachahmungstätigkeit, wenn das Kind ohne ältere Geschwister oder Eltern versteckt war.

Bei der Durchdringung der für die Intelligenzminderung in Betracht kommenden Faktoren kann aus unserem Material allerdings keine Bestätigung für eine allein auf die Kaspar Hauser-Situation zurückgehende Intelligenzverminderung gefunden werden. Der Hospitalismus und die frühkindliche Hirnschädigung stehen hier aetiologisch im Vordergrund. PAUL u. HERBERG (59) berichten einen eindrucksvollen Fall, an dem die Durchdringung von Kaspar Hauser-Situation und frühkindlicher Hirnschädigung zu studieren ist:

Frl. B. kam im Juni 1939 in Brüssel zur Welt. Nach den Angaben des Vaters seien Geburt und frühkindliche Entwicklung normal verlaufen, sie habe rechtzeitig laufen und sprechen gelernt. Bis zum Verbringen in ein Versteck seien auch keine Kinderkrankheiten aufgetreten. Im August 1942 wurde das Mädchen im Alter von 3 Jahren zu einer Belgierin in Pflege gegeben, bei der sich noch mehrere andere, wahrscheinlich aber keine weiteren jüdischen Kinder befanden. Die Pflegemutter habe sie nur auf sehr dringliches Bitten hin aufgenommen. Sie sei ganz allein in einem offenbar dunklen Raum gewesen. "Ich war immer in einem Kellerzimmer, das ein bißchen hell war, weil es ein Fenster hatte. Auf der Erde lag eine Matratze, dann stand ein Sessel drin und ein Nachttopf. In diesem Zimmer war ich meistens, aber immer nur ganz allein. Daß noch andere Kinder in diesem Hause gewesen sein sollen, habe ich erst nachher erfahren; gesehen habe ich sie nie, habe auch nicht mit ihnen gespielt, ich war immer ganz allein. Ich habe nur eine Frau gesehen, die mir das Essen in das Zimmer hineinschob - das war ein ganz komisches Essen. Sie hat nie mit mir gesprochen. Ich habe kein Spielzeug gehabt, durch das Fenster konnte ich nicht schauen, das war viel zu hoch. Ich weiß nicht, was ich die ganze Zeit gemacht habe; ich glaube, ich bin viel auf der Matratze gelegen. An die Frau kann ich mich nicht erinnern, ich weiß nicht, ob sie groß oder klein war,

ich weiß nur, daß es eine Frau war. Manchmal hat mich die Frau in den Keller geworfen. Ich wußte damals natürlich nicht, warum - heute weiß ich, daß es wegen der Gestapo war. Ich sollte auch nicht schreien. Dieser untere Keller war ohne Licht, ohne Fenster. Einmal weiß ich, war ich lange unten; ich schrie, klopfte an die Wand, auf die Türe, dann habe ich immer mit dem Kopf an die Tür geschlagen, es hat sehr weh getan, und dann glaube ich, habe ich lange geschlafen. Vielleicht 2-3 Tage."

Den Eltern fiel bei der Rückkehr des Mädchens Ende 1944 außer dem schlechten körperlichen Zustand sofort das sehr merkwürdige psychische Verhalten des Kindes auf. Die erste Zeit torkelte sie beim Laufen wie betrunken, was sich aber allmählich besserte. Gegen alle anderen Menschen war sie sehr scheu, Kinder konnte sie auffallend schlecht leiden, ging nie auf die Straße spielen. Sie war außerordentlich schreckhaft, lief bei jedem Geräusch oder Klpfen davon und wollte sich verstecken. Beim Einschlafen habe sie lange Zeit ängstlich geschrieen, die Mutter mußte still bei ihr bleiben. Oft schreckte sie nachts schreiend aus dem Schlaf auf.

Das Speilen hatte sie völlig verlernt; sie zeigte z.B. nicht die geringste Freude über eine schöne Puppe, welche ihr die Eltern als erstes schenkten, nahm sie überhaupt gar nicht an und beschäftigte sich auch später kaum damit. Sie hatte weder ein besonderes Interesse noch Ausdauer beim Spielen. Im ersten Moment griff sie zwar nach einem Spielzeug, warf es aber sofort wieder weg. In den ersten Jahren habe sie wenig gesprochen und auch kaum richtig geweint, sei aber sehr oft zornig und ärgerlich gereizt gewesen.

1946 begann sie mit der Elementarschule, welche sie 6 Jahre lang besuchte, wobei sie eine der ersten Klassen wiederholen mußte. Sie ging ungern in die Schule, konnte sich weder aus eigenem Antrieb an Kinder anschließen noch mit ihnen Kontakt halten. Sie zeigte sich zänkisch , hatte niemals eine Freundin und vertrug sich höchstens einige Tage lang mit einem anderen Kind. Von den Lehrern wurde so sowohl im Umgang als im Lernen als sehr schwieriges Kind bezeichnet, sie habe sich nicht konzentrieren können, zeigte auch keine Ausdauer und ein mangelndes Gedächtnis.

Nach der Elementarschule besuchte sie 3 Jahre das Lyzeum, wo sie überhaupt nicht mitkam, keine Prüfung ablegen konnte und daher auch kein Abschlußzeugnis erhielt.

Der Versuch, sie dann eine Schneiderlehre absolvieren zu lassen, mußte nach wenigen Monaten aufgegeben werden. Sie begriff weder die einfachen Grundregeln des Schneiderns, noch hatte sie Geduld oder Geschick zu arbeiten.

Sie kann heute noch nicht einmal eine Nadel richtig einfädeln, bekommt sofort Händezittern und wird dann böse. Beim Schneiden mit der Schere zittern gleichfalls die Hände, sie läßt sich von der Mutter das Fleisch schneiden, benutzt beim Essen nur Löffel und Gabel.

Nach dem Scheitern dieses Lehrversuches wurde sie in einen Maschinenschreib- und Buchhaltungskurs auf eine Privathandelsschule geschickt, mußte aber sehr bald dort wieder aufhören, weil sie den Lernstoff überhaupt nicht begriff.

Seit 4 Jahren sitzt sie zu Hause herum und macht gar nichts. Aus eigenem Antrieb hilft sie auch nicht bei häuslichen Arbeiten; wird sie dazu angehalten, beginnt sie widerwillig und läßt die Arbeit nach wenigen Minuten wieder liegen.

Das Ausreißen der Haare ist erst in der letzten Zeit etwas besser geworden.

Neurologisch-psychiatrischer Befund:

Der Gesamteindruck der jetzt 21 Jahre alten und 159 cm grossen, vorwiegend pyknisch aussehenden Patientin erscheint etwas salopp; es fehlen die in diesem Alter üblichen Accessoires in Kleidung und Make-up, welche darauf hinweisen, daß sie in irgendeiner Form anziehend auf ihre Umgebung wirken möchte. Im Gegenteil sind ihre Haltung und Bewegung unstraff, ungelockert und schwunglos und sie entsprechen eher der chronich-gereizten und dabei wenig kraftvollen oppositionellen Umwelteinstellung einer jungen Pubertierenden als einer 21-jährigen. Im Gegensatz zu dieser äußerlich weichen, spannungslosen Haltung besteht bei ihr doch eine unruhige, leicht mißtrauische innere Gespanntheit, die sich durch die Unruhe ihrer Hände verrät; sie zieht ständig an ihrer Halskette herum oder dreht einen Taschentuchzipfel zwischen den Fingern. Der Kontakt mit ihr gelingt rasch, bleibt aber oberflächlich; eine echte merkbare Gefühlsbeteiligung ist während der ganzen Untersuchung nicht zu beobachten.

Organneurologisch finden sich lebhafte bis gesteigerte Arm- und Beinreflexe rechts, eine Unsicherheit der dynamischen und statischen Koordinatfon, ein geringer Endstellnystagmus und leicht entrundete, sonst normal reagierende Pupillen, also Symptome, die auf eine leichte diffuse Hirnschädigung mit einer gewissen linksseitigen Herdbetonung hinweisen. Daneben bestehen typische vertebrogene Nervenwurzelreizerscheinungen.

An psychopathologischen Symptomen findet sich im intellektuellen Bereich eine stärkere Störung der Konzentration, der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses; dadurch sind Aufmerksamkeit und Auffassung erschwert und unpräzis, die Reaktionsfähigkeit ist gestört und das allgemeine Leistungstempo verzögert. Die Ausprägung der einzelnen Funktionsausfälle spricht

für eine hirnorganische Schädigung leichten Grades, wie sie als Folge einer frühkindlichen encephalitischen Erkrankung häufig zu beobachten ist. Das unregelmäßige EEG mit temporobasaler Dysrhythmie entspricht einem solchen diffusen Hirnschaden. Anamnestisch ergibt sich kein Verdacht auf irgendeine außerhalb der Illegalität durchgemachte entsprechende Erkrankung. Die angegebenen "Kinderkrankheiten" zwischen 1942 und 1944 können mitunter mit encephalitischer Beteiligung einhergehen, insbesondere sog. Grippeerkrankungen, die dann mit einer leichten Hirndauerschädigung ausheilen (Teilweise nach gutachterlichen Ausführungen von Frau Dr. B. SANDRI, s.Z. Köln).

Die nach dem 5. Lebensjahr wieder geordneten Lebensbedingungen konnten für die weitere Charakterentwicklung deshalb nicht mehr normal und ausreichend nutzbar gemacht werden, weil die frühkindliche Primärpersönlichkeit zu tiefgreifend geschädigt war und die Angstneurose gleichzeitig jegliche normale psychische Entwicklung und Reifung verbaute. Statt dessen kam es, der Altersstufe entsprechend, zur Ausbildung der verschiedensten Angstreaktionen, welche nunmehr als psychogene Reflexe fest eingefahren sind. So bietet das Mädchen neben gewissen motorischen Primitivreaktionen, wie Haareausreißen, mit Gegenständen werfen, vor allem eine für das Pubertätsalter charakteristische Neurosensymptomatik.

Die Autoren beurteilen die unterbliebene Reifeentwicklung zwar in weitgehender Übereinstimmung mit unseren Ausführungen. Sie beachten aber nicht die Bedeutung der frühkindlichen Hirnschädigung als einen Faktor, der hier für die Fixierung der Neurose entscheidend war. Die Annahme von "fest eingefahrenen psychogenen Reflexen"wäre damit überflüssig gewesen.

In Kapitel I haben wir auf die Bedeutung der Regelspiele für den Erwerb sozialer Fähigkeiten hingewiesen. Besonders die Kaspar Hauser-Situation ist durch die Unmöglichkeit solcher Spiele gekennzeichnet.

IV) Was hat den Schädigungen Dauer verliehen?

Allgemeines

Von Seiten der Kinderpsychologie wurde nach 1945 schon eine Dauerschädigung der Kinder durch Kriegseinflüsse postuliert, als diese Kinder noch längst nicht erwachsen waren. Dabei handelte es sich damals vorwiegend nicht einmal um verfolgte Kinder, sondern um solche, die von den allgemeinen Kriegseinflüssen der Zivilbevölkerung besonders schwer betroffen waren (29,30,55,69,75). Von v. BAEYER et al. (4) wird betont, daß der körperliche Rückstand der verfolgten Kinder in der Regel aufgeholt wurde, nicht aber der seelische. v. BAEYER et al. stimmen mit BASTIAANS, KOLLE, H. STRAUSS, BENSHEIM und TRAUTMANN darin überein, daß "die Verfolgung im Kindes- und Jugendalter vergleichsweise schwere Persönlichkeitsveränderungen hinterlassen kann"(4, S. 233).

Andererseits wird gerade auch von v. BAEYER et al. und auch von WOLFFHEIM (105) darauf hingewiesen, daß die von A. FREUD und S. DANN untersuchten Kinder (21) (diese waren in den ersten Lebensjahren im KZ) gezeigt hätten, daß die Schäden gerade bei Kindern oft relativ schnell verschwinden und so die größere kindliche Kompensationsfähigkeit beweisen. Tatsache war, daß sich die "Bulldog-Kinder" in der ersten Zeit relativ rasch normalisierten (21).

Spätere Berichte aus der Pubertäts- und Erwachsenenzeit von einigen dieser Verfolgten zeigen aber deutlich, daß die frühkindlichen Schädigungen in tieferen Schichten liegen und einer Betrachtung verborgen bleiben, die nur einen Zeitpunkt im Auge hat: A. FREUD beschrieb bei einigen dieser Kinder in der Pubertät "in sich gekehrte, depressive, selbstanklagende, feindselige Gemütszustände und schwere Anpassungsstörungen durch eine gestörte Ich- und Über-Ich-Bildung im Nach-Pubertätsalter" (zit. nach (101)). In einem Brief an WANGH schreibt A. FREUD: "daß jemand daran zweifeln kann, daß Schaden aus solchen feindlichen Lebensumständen erwächst, wäre mir nie eingefallen. ... Wie Sie wahrscheinlich gehört haben, haben alle diese Kinder eine stürmische und gefährliche Adoleszenz gehabt. ... Daß die Mehrzahl sich einigermaßen an das Leben angepaßt hat, kann der Tatsache zugeschrieben werden, daß ein

ungewöhnlicher Betrag an positivem Einfluß in diesen Fällen aufgewandt worden ist und daß ... zehn bis fünfzehn Jahre selbstlosester Hingabe von Frau Alice Goldberger mit ihnen das vollbracht hat, was keine gewöhnliche Mutter hätte je vollbringen können" (übersetzt von WANGH, 101).

Also auch von den Bulldog-Kindern trugen einige bleibende Schäden davon und die, die "einigermaßen angepaßt" wurden, erfuhren genau das, was keinem unserer Kinder zukam nach der Befreiung: eine intensive heilpädagogische Betreuung.

In der Anfangszeit ließen sich manche Autoren von den Augenblickserfolgen täuschen. So schreibt N. SUTTRO von den meisten ihrer Kinder, die in KZs waren, daß sich "ihr Aufbau des Lebens ~~sich~~ in nichts von dem normal veranlagter - womit sie offenbar Menschen mit normaler Kindheit meint - Menschen" unterscheide (94). Aber auch WOLFFHEIM meint schließlich: "Es mögen manche der als gut angepaßten, ein befriedigendes Leben führenden jungen Menschen, die von meinen Berichterstattern (zu denen auch N. SUTTRO gehörte) beschrieben werden, seelisch noch zu leiden haben. ... Daß es unter den in allerfrühester Kindheit von der Mutter getrennten Säuglingen und Kleinkindern auch solche gibt, die dies Trauma überstehen konnten, ohne tiefgreifenden psychischen Schaden erlitten zu haben, muß wie ein Wunder angesehen werden" (105, 1959,S. 69). Ebenso schreibt MACARDEE (50): "Bemerkenswert gut ertrugen kleine Kinder Not und Gewalttätigkeiten, doch reagierten sie schlecht, wenn dieser Zustand lange dauerte. Man muß aber nicht vergessen, daß scheinbar wiederhergestellte Kinder nicht immer geheilt sind, und daß besonders Angst nachwirken kann und spätere nervöse Störungen hervorzurufen vermag."

1. Die Fehlentwicklung

Als erster Faktor für die Überdauerung der Schäden bis ins Erwachsenenalter muß die Persönlichkeitsfehlentwicklung selbst betrachtet werden. Sie läßt sich in zwei Teilvorgänge zerlegen:

1. die Hemmung, die Verhinderung der gesunden Persönlichkeitsentwicklung, was verschiedene Autoren betonen (s.S.40/41);

2. Nach der Befreiung werden die aus dieser Entwicklungshemmung resultierenden Insuffizienzen die Ursache zu reaktiven Störungen, die ihrerseits die Überwindung der Insuffizienz erschweren und aus einer gehemmten Entwicklung zu einer Fehlentwicklung führen.

So kann aus einer frühzeitigen "quantitativen" Verkümmerung später eine "Entwicklung in eine falsche Richtung" werden.

Es herrschen, wie wir in Kapitel I sahen, nach PIAGET und SPITZ in den ersten Lebensjahren die Gesetze der Embryologie insofern weiter, als in dieser Zeit eine spezifische Sensibilität für die "Organisatoren" (SPITZ) der erzieherischen Umgebung besteht, die entweder genutzt wird oder aber ungenutzt vorübergeht, ohne im späteren Leben wiederzukehren. Eine Überwindung der spezifisch frühkindlichen Schädigung wäre nur möglich gewesen, wenn die Kinder nach der Befreiung eine heilpädagogisch-therapeutische Behandlung erfahren hätten (s. S. 62).

Eine Fähigkeit wie die soziale Kontaktfähigkeit hat einerseits ihre Wurzeln und ihre Grundlage in der frühesten Kindheitsentwicklung: Wir verzeichnen in 70 % unserer Fälle von persistierender Elternbindung ein Verfolgungsalter von 0-3 Jahren (s. Tab. 4, S. 14). Andererseits wird diese Fähigkeit im Erwachsenenalter überhaupt erst voll benötigt und beansprucht. So kann sich eine fehlende Kontaktfähigkeit in der Jugend verbergen, weil sie durch die Familienbindungen kompensiert wird. Sie erscheint dann erst, wenn das Leben eine Selbstständigkeit in der Welt und andere soziale Bindungen verlangt. Jetzt tritt erst zutage, was in der frühkindlichen Verfolgungszeit wirklich verkümmerte: Der letzte Schritt aus dem "sozialen Uterus", der Schritt aus der Familie wird unmöglich (s.S. 82).

Einen analogen Vorgang finden wir etwa bei den angeborenen Herzfehlern; die leichteren Formen können ohne weiteres während der ganzen Kindheit und Jugend klinisch unauffällig bleiben und sich erst bemerkbar machen, wenn das fehlerhafte Herz in einem ausgewachsenen Organismus bei schwerer körperlicher Arbeit den Anforderungen nicht mehr gewachsen ist. Übereinstimmend finden v. BAEYER et al. (5) eine "Besserung und Ver-

schwinden der Symptome immer dann, wenn dem abnormen Bedürfnis nach Geborgenheit und Übernahme der Verantwortung durch Andere durch die Mitmenschen entsprochen wurde, sei es durch Lager, durch Organisationen, durch Familie. Tritt er aber in eine seinem Alter entsprechende Situation, d.h. in eine, die seine Selbstständigkeit erfordert, dann treten die Beschwerden sofort auf, als Ausdruck eines existentiellen Versagenserlebnisses." Aus unserern Fällen erwähnten wir bereits den Fall Nr. 4 in diesem Sinne (s.S. 57). Weitere typische Fälle sind Nr. 1, 3, 6,7 und 12.

2. Die gleichsinnige Wirkung verschiedener schädigender Einflüsse

Dadurch, daß, wie wir schon mehrfach sahen, der Hospitalismus, die frühkindliche Hirnschädigung und die Kaspar Hauser-Situation ähnliche Fähigkeiten in ihrer Entwicklung verhindern bzw. ähnliche Schädigungen fördern, wird die Überwindung des Verfolgungsschadens zusätzlich erschwert. Es ist ein weiterer Faktor, der verständlich macht, warum die Patienten noch im Erwachsenenalter an verfolgungsbedingten Störungen leiden. Wir versuchen im Folgenden für die Hauptschädigungsgruppen eine Zusammenstellung der Ursachen.

a) Störungen der Denkfähigkeit (Verminderung der Intelligenz, Konzentrationsschwäche, verminderte Merfähigkeit)

Drei der fünf festgestellten Fälle von verminderter Intelligenz entstammen der Gruppe der o-3 jährigen Kinder. Hier wirken zusammen der Hospitalismus und die Kaspar Hauser-Situation (s.S. 66). Z.B. ist die Unfähigkeit zu spielen eine Folge des Hospitalismus (87). Ein Kennzeichen der Kaspar Hauser-Situation ist die äußere Unmöglichkeit zu spielen. Beides wirkt gleichsinnig als eine Behinderung der Intelligenzentwicklung.

Die mangelnde Konzentrations- und Merkfähigkeit ist nach den bisherigen Erörterungen aus einer Durchdringung aller drei Hauptfaktoren zu verstehen und zwar als Symptom einer allgemeinen Störung des Umweltbezuges. Es fehlen die Grundlagen (s.S.22), den einflutenden Reizen eine geordnete, zielvolle

Verarbeitung entgegenzubringen: Die Reizüberempfindlichkeit der organisch geschädigten Kinder verbindet sich mit der allgemeinen Verkümmerung und der gestörten Objektbeziehung durch die Mutterentbehrung und den Folgen der Kaspar Hauser-Situation, wie das auf Seite 62ff.dargestellt wurde.

Insgesamt ist bei den Denkstörungen insofern zu differenzieren, als nur der Hospitalismus und die Kaspar Hauser-Situation einen Intelligenzdefekt i.e.S. hervorrufen, wie SPITZ, BOWBLY und GOLDFARB nachwiesen. GOLDFARB nennt eine nicht näher nachgewiesene Studie über 14 000 spanische Kinder nach dem Bürgerkrieg, bei denen eindeutig hospitalismusbedingte Intelligenzdefekte nachgewiesen worden seien (24).

Die frühkindliche Hirnschädigung muß nicht unbedingt zu Intelligenzdefekten führen. Die beschriebenen Teilleistungsstörungen und die Konzentrationsschwäche verstärken die beiden anderen Faktoren in ihrer intelligenzmindernden Wirkung.

b) Kontaktstörungen

Auch hier ist zwischen der organisch bedingten Kontaktstörung und der Folge des Hospitalismus zu differenzieren: Was wir in den Fällen Nr. 1 und 8 geschildert bekommen: Die unmittelbare Abwehr des Kontaktes mit anderen Kindern, ist typisch für den Hospitalismus. Anders verhält sich das organisch geschädigte Kind: Es zeigt eine auffallende Kontaktfreudigkeit, die die Unfähigkeit, tiefere Bindungen einzugehen, verbirgt (40, 41).

Wenn beide Einflüsse wirksam waren, ist die nachträgliche Entwicklung einer gesunden Beziehung zu den Mitmenschen natürlich bedeutend schwieriger als im Falle einer Schädigung allein.

c) Die vegetativen Störungen

Hier sind zwei Ursachen zu unterscheiden:

1. Die Somatisierung neurotischer Störungen. Die meisten Autoren sind sich darüber einig, daß diese Störungen, wenn sie auch unter dem Begriff "vegetative Dystonie" zusammengefaßt werden können, kein eigenes Krankheitsbild darstellen. Im Sinne von Organneurosen sind diese Störungen in erster Linie

als Formen des reaktiven Überbaus der Grundstörung aufzufassen; also im Falle der Frühverfolgten nicht Ausdruck der Retardierung selbst, sondern Folge der aus dieser resultierenden gestörten Erlebnisverarbeitung (3).

MATUSSEK hat gezeigt (52), daß die Angabe dieser Symptome durch die Patienten eine starke Abhängigkeit von der Untersuchungssituation aufweist (s.S. 5). Der Entschädigungsantrag Stellende glaubt, daß körperliche Symptome eher als Krankheit anerkannt werden und richtet seine Aufmerksamkeit daher besonders auf diese.

2. Als zweite Ursache ist eine primäre Schädigung des Hypophysen-Zwischenhirnsystems zu erwägen, wie sie SCHEFFLER (73) und andere (s.S. 59) als Folge von Hungerdystrophie nachweisen konnten.

Eine weitere Ursache erwähnt TRAUTMANN: Die Angstträume, an denen etwa 70 % unserer Patienten bis heute leiden, sind Unterbrechungen der sog. REM-Schlaf-Phasen, welche für die regenerierende Wirkung des Schlafes besondere Bedeutung haben (97).

Die von BENSHEIM festgestellte Häufung von vegetativen Beschwerden bei in der Pubertät Verfolgten (7) konnten wir nicht bestätigen. Die Anzahl unserer Fälle dürfte dafür zu gering sein.

3. Das Nicht-Erkennen der eigentlichen Schädigungen nach der Befreiung

Der Maßstab bei der Beurteilung dessen, was ihnen widerfahren war, war für die Juden die millionenfache Vernichtung ihrer Volksgenossen. Die tiefgreifenden Schäden der das KZ überlebenden Erwachsenen war das nächste, was im Vordergrund stand. Das Kind, so erschreckend der Zustand bei der Wiederbegegnung mit ihm auch sein mochte, erholte sich,äußerlich gesehen,meist rasch, holte auch die motorische und sprachliche Retardierung durch das Leben in der Familie bald auf.

Das Erkennen der frühkindlichen Hirnschädigung wäre schon wegen der äußerlich unauffälligen Symptomatik für die Eltern als Laien unmöglich gewesen. Aber die Forschung war damals

auf diesem Gebiet ja eben erst im Beginn, so daß auch Ärzte diese Diagnose nicht stellen konnten. Kaum anders war es mit dem Hospitalismus. Wie wichtig ein Erkennen gewesen wäre, zeigt der Bericht über die "Bulldog-Kinder" und wird auch von A. FREUD betont (s. S. 62).

Auch NAU und CABANIS beschreiben eindrucksvoll die Wirkung einer sofortigen heilpädagogischen Behandlung eines schwer durch eine Kaspar Hauser-Situation geschädigten Kindes, das zusätzlich eine frühkindliche Hirnschädigung hatte. Es konnte von der Imbezillität zur Schulreife gebracht werden! (56)

Auch die nach der Befreiung herrschende Heimatlosigkeit in den DP- Lagern und die Planung der Auswanderung hätten Gedanken an eine heilpädagogische Behandlung nicht aufkommen lassen können. Über eine ganz andere Folge des Nicht-Erkennens der frühkindlichen Hirnschädigung (s.S. 78).

4. Die Behinderung der Weiterentwicklung durch mehrfach bedingte Neurotisierung

Die frühkindliche Hirnschädigung zeigt für sich eher einen Verlauf, der in leichten und günstigen Fällen durch eine Überwindung der Störungen nach der Pubertät gekennzeichnet ist (40, S. 71). Ein Zusammenwirken mit dem Hospitalismus und der Kaspar Hauser-Situation verhindert aber offenbar eine Kompensation und drängt den Verlauf in die seltenere, aber ebenfalls beschriebene Verlaufsform der frühkindlichen Hirnschädigung, bei welcher die "Reifeentwicklung oft bis zum Beginn des dritten Lebensjahrzehnts reichen kann" (40).

v. BAEYER et al.(4, S. 249) weisen auf eine "mehrfach determinierte restriktive Persönlichkeitseinschränkung durch die Verfolgung hin, indem damals eine mangelhafte Entwicklung sozialer Verhaltensweisen bestand, heute eine Fixierung der Kontaktstörung eintritt, behufs einer Konfliktvermeidung und einer Angstabwehr. VENZLAFF hält das Fehlen von Kontakten in der Rekonvaleszenszeit der Häftlinge für wesentlich für eine "Perpetuierung der Isolation" (100).

Der entscheidende Punkt scheint uns darin zu liegen , daß sich der Hospitalismus und die frühkindliche Hirnschädigung als ursächliche Komponenten in der Neurose treffen und verstärken. V. BAEYER et al. weisen auf die notwendige Unterscheidung hin zwischen der neurotischen Entwicklung der im Kindesalter Verfolgten und dem erlebnisbedingten Persönlichkeitswandel der Erwachsenen (4, S. 233). Auch EITINGER hebt die Doppelschädigung durch organische und psychische Einflüsse bei Erwachsenen hervor. Es ist dabei charakteristisch, daß er zwischen jeweils spezifischen Folgen trennen kann: Organische Schädigungen führen zum intellektuellen Abbau und zur Demenz, psychische Traumen zu Affektstörungen (18).

Solche Trennung ist möglich bei Erwachsenen. Für uns ist dagegen bedeutsam, wie sich beides durchdringt. Denn sowohl die später im Erwachsenenalter entfalteten, differenzierten Fähigkeiten, wie deren Störungen haben im frühen Kindesalter eine gemeinsame Wurzel, wo sie noch undifferenziert miteinander verschmolzen sind. Die frühkindliche Entwicklung geht in jeder Beziehung von der Einheit aus (68, S. 131; 61, S. 31). Daraus folgt aber: Je früher die Schädigung erfolgt, umso umfassender und allgemeiner wirkt sie sich aus. Umso "unspezifischer" ist aber auch das Bild solcher Störungen, worauf LEMPP für die frühkindliche Hirnschädigung besonders hinweist (40).

Die Neurose fassen wir mit LEMPP als Reifungshemmung auf. "Sie kann mit einer körperlichen Reifestörung verbunden sein (W. KRETSCHMER). Die wesentliche Ursache jeder Neurose ist eine mangelhafte Annahme des Kindes durch die Umwelt" (41, S. 188). Auf die vom Hospitalismus bereits ausgehende Neurose pfropft sich in den meisten unserer Fälle mit der organischen Schädigung eine "mangelnde Verarbeitungsfähigkeit äußerer Reize" und damit eine zusätzliche Disposition zur Neurose auf. Es ist hierbei die Doppelrolle der Neurose zu berücksichtigen:

- einerseits ist sie Symptom der Reifungshemmung, deren Ursache in der frühen Kindheit liegt.

- andererseits verhindert sie in der Folgezeit die Weiterentwicklung durch die in ihr liegende mangelnde Fähigkeit der Erlebnisverarbeitung und die dadurch bedingte Erlebnisscheu.

Hinzu kommt drittens, daß die Schädigung des Kindes durch die Eltern und Lehrer nicht erkannt wird, was gerade bei den klinisch unauffälligen frühkindlichen Hirnschädigungen eine Komplikation ist, auf die LEMPP ausdrücklich hinweist. Das Nicht-Erkennen gibt zu "Fehlhaltungen und Fehleinstellungen dem Kinde gegenüber Anlaß, die ihrerseits rückwirkend auf das Kind neurotogen wirken" (44, S. 245).

Einen anderen Ausdruck dieser Verflechtung, die zur Verfestigung der Entwicklungshemmung bis ins Erwachsenenalter führt, sehen wir in der mangelnden Bildbarkeit, die beide Male sich verstärkend resultiert: Der Hospitalismus führt zu Kindern mit schwacher und seichter Gefühlserregbarkeit (8, S. 33), die organische Schädigung zu den auf S. erwähnten dreifach bedingten Schulschwierigkeiten. Es verwundert daher nicht, daß die Schulleistungen einiger unserer Kinder oft weit unterdurchschnittlich waren (Nr. 1,5,6,8 und 11).

5. Die Auswanderung und das Berufsleben

Die Familien unserer Patienten sind nach der Befreiung ausnahmslos ausgewandert.

Die Folgen der Auswanderungsbelastung sind geschichtlich nicht etwa von den Folgen der nationalsozialistischen Verfolgung "abzuziehen". Die Auswanderung war dadurch die Konsequenz des Nationalsozialismus selbst, daß zu Beginn der Verfolgungsmaßnahmen viele reiche Juden und solche in führenden Stellungen rechtzeitig in Überseeländer fliehen konnten oder ausgewiesen wurden. So war nach dem Krieg in den Überseeländern für die Überlebenden die beste Chance für einen Neubeginn. Hier konnten sie am ehesten auf Arbeitsplätze und Unterstützung hoffen. Außerdem war es besonders für viele Nicht-Deutsche begreiflicherweise unmöglich und unzumutbar, länger unter Deutschen zu leben.

Für die früh Verfolgten ist die Auswanderung insofern von Bedeutung, als sie durch diese Situation, die vor allem die

Eltern betraf, indirekt betroffen waren. Sie hatten mittelbar darunter zu leiden, daß durch die Auswanderung keine optimalen Verhältnisse in der Familie bestehen konnten, worunter wir Ruhe, Harmonie und Geborgenheit verstehen, derer sie zur wirklichen Überwindung des Durchgemachten so dringend bedurft hätten- Weiter ist zu bedenken, daß die Eltern selbst Verfolgte waren und nach der Befreiung selbst psychisch und physisch geschädigte Menschen waren, die die schwere Aufgabe, eine neue Existenz in einem anderen Kontinent aufzubauen, kurze Zeit nach oder während ihrer eigenen Rekonvaleszenz in Angriff nehmen mußten. Besonders bei den im Alter von 0-3 Jahren Verfolgten muß in Betracht gezogen werden, daß sie - jetzt durchschnittlich 4-8 Jahre alt - kranke Eltern hatten, die voll von der Unsicherheit und den Sorgen eines neuen Existenzaufbaues erfüllt waren. Außerdem fand das Leben in der ersten Zeit nach der Befreiung für die Kinder oft erst im Krankenhaus - wo sie wieder allein waren - (Nr. 4) und dann in DP- Lagern statt. Deshalb ist im Folgenden die Lage der Erwachsenen im Hinblick auf die Kinder kurz zu betrachten.

EBERMANN und MÖLLHOFF beschreiben reaktive Störungen, die sie bei heimatvertriebenen Donaudeutschen auf den anderen Kulturraum, den anderen Lebensstil und das soziale Abseitsstehen zurückführen (17). Die Auswanderungssituation selbst kann also erlebnisreaktive Störungen, die bei den Erwachsenen von der Verfolgung her ohnehin induziert waren, hervorrufen bzw. dann verschlimmern. LIBUS und TYHURSE führen vegetative Störungen in demselben Sinne auf die Auseinandersetzung mit dem fremden Kulturraum zurück,in dem sich die Einwanderer in den USA befanden (47). Diese Gesichtspunkte sind auch bei unseren im Jugendalter Verfolgten zu beachten.
VENZLAFF weist darauf hin, daß die problemlose Sozialisierung von Einwanderern damals durchaus die Ausnahme war, und zwar beschränkten sich diese Ausnahmen im wesentlichen auf Gelehrte und Künstler (32). Damit ist auf die Abhängigkeit der Anpassungsfähigkeit vom Bildungsgrad hingewiesen,und wir müssen aus diesem Grund die Tatsache erwägen, daß 26 unserer Verfolgten sog. Ostjuden waren, für die H. STRAUSS feststellte, daß sie auf Grund der soziologischen Struktur ihrer Hei-

mat vorwiegend Arbeiter und Handwerker von besonders engem Bildungshorizont waren, verglichen mit Juden in anderen Ländern (93). Aber die Situation des Arbeiters und Angestellten war schon an sich auf dem Arbeitsmarkt des Einwanderungslandes viel schwieriger als die eines Künstlers oder Wissenschaftlers. Andererseits hatten gerade Akademiker in der Ausbildungszeit in besonderem Maße unter den Spätfolgen zu leiden.

Die älteren Kinder kamen mit ihren Eltern dadurch in Konflikt, daß sie sich schneller anpassen konnten (105). WOLFFHEIM betont, was auch für unsere Altersgruppe von 14-21 Jahren wichtig ist, daß sich die Verfolgten oft erst jetzt ihrer Lage bewußt wurden: Es bemächtigte sich ihrer, besonders, wenn sie die einzigen Überlebenden ihrer Familie waren, "in dem fremden Kontinent eine totale Verlassenheit,und sie fühlten sich wie in einem Vakuum". Ebenso beschreibt es TRAUTMANN und fügt hinzu: "Bis dahin war die Hoffnung des Wiederbeginns die treibende Lebenskraft. Ihr Schwinden war das letzte Katastrophenerlebnis" (97). PAUL und HERBERG schildern, daß die überlebenden deutschen Juden es im Ausland oft dadurch schwer hatten, daß sie aufgrund eines fatalen Mißverständnisses nun als "Deutsche" diskriminiert wurden (59).

Ebenfalls für die 14-21 jährigen war von Bedeutung, daß man nach der Befreiung in den DP- Lagern auf die Möglichkeit der Auswanderung wartete und so keine Anstalten machte, eine Ausbildung zu beginnen, wenn man nicht die Oberschule besuchte. Dieses Warten zog sich aber dann oft über mehr als ein Jahr hin (4).

v. BAEYER et al. konnten zeigen, daß statistisch die nicht emigrierten Verfolgten gesünder wurden als die emigrierten (Abb. 6) (4, S. 285).

In zehn Fällen fanden wir in der neuen Heimat ein gestörtes Berufsleben, d.h. die Unfähigkeit, die angestrebte Ausbildung durchzuhalten, den erlernten Beruf auszuüben oder kontinuierlich an einer Arbeitsstelle zu bleiben. Acht dieser zehn Fälle waren zur Zeit der Verfolgung 0-11 Jahre alt, was darauf hinweist, daß diese Schwierigkeiten vor allem mit der verfolgungsbedingten Persönlichkeitsveränderung zusammenhängt. An

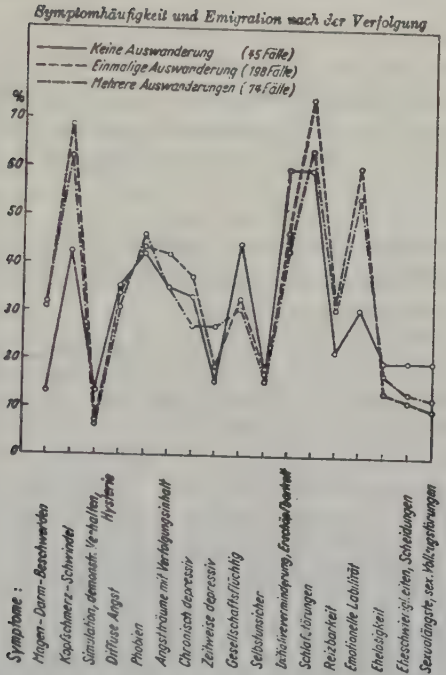


Abb. 6: Aus: W. v. BAEYER, H. HÄFNER, K.P. KISKER: Psychiatrie der Verfolgten, Berlin, Göttingen, Heidelberg 1964, S. 285.

der Art, wie die Patienten mit dem Beruf zurecht kamen, läßt sich der Grad der Beeinträchtigung durch die verfolgungsbedingten Störungen besonders gut ablesen. Als Beispiel nannten wir schon den auf S. 57 dargestellten Fall Nr. 4. Der Fall Nr. 10 zeigt noch einmal, wie die Patientin im Zusammenleben mit der Familie weitgehend unauffällig blieb, in den USA aber dann "dekompensierte". Auch der Fall Nr. 14 ist für das Versagen im Beruf als Auswirkung der Spätfolgen ein lehrreiches Beispiel, er wird in Abschnitt VI gesondert behandelt.

Der Fall Nr. 20 zeigt, wie diese persönlichen Berufsschwierigkeiten, besonders für Akademiker in der Ausbildung, also für Studenten, entstanden:

Sandra S., geb. am 3.6.1934, verlor 1943 ihre Mutter durch einen Autounfall; der Vater wurde im gleichen Jahr einberufen und kam ums Leben. Von den Großeltern wird sie als Belastung empfunden und kommt vorübergehend zu einer Tante und wird schließlich adoptiert. Im Juni 1944 kommt sie ins Ghetto. Ihre Adoptivmutter wird verschleppt. Im August 1944 gelangt sie in ein Nonnenkloster, wo sie sehr abgemagert sei. Somit verlor sie zwischen ihrem 6. und 11. Lebensjahr ihre Mutter und viermal hintereinander die Ersatzperson der Mutter. 1945 wird sie dünn, verwahrlost und schreckhaft vorgefunden. Sie ist von 1945-48 wegen Untergewicht, Hautgeschwüren und Frostschäden in Behandlung, 1947 wegen aufgetretener Depressionen. 1951-1956 ist sie wegen Angstneurose mit depressiven Zügen, krampfartigem Herzklopfen und Schwindel in Behandlung. Von 1959-1965 hat sie Gruppentherapie wegen Angstsyndrom und Kontaktstörungen. Trotz hoher Intelligenz versagt sie im Studium. Zwei Ehen scheitern. - Erst später nimmt sie ihr Studium wieder auf und arbeitet mit 40 Jahren an ihrer Promotion.

Acht der zehn Fälle von gestörtem Berufsleben sind Fälle, in denen ein akademisches Studium nicht durchgehalten werden konnte (die Nr. 4,5,10,12,14,19,20,29).

Es ist einleuchtend, daß ein Studium gerade an die Konzentrations- und Durchhaltekraft besondere Anforderungen stellt und besonders durch das Prüfungswesen die verminderte Belastbarkeit und Angstbereitschaft unserer Patienten zum Vorschein kamen.

Dr. Klaus X. ist am 30. Juli 1923 als einziger - seine Schwester ist 1 1/2 Jahre älter - Sohn eines jüdischen Fabrikanten in einer süddeutschen Kleinstadt geboren worden.

Dr. X. besuchte die Volksschule erfolgreich. Er soll damals auch noch keine Schwierigkeiten im Umgang mit Gleichaltrigen gehabt haben.
1933 trat er - nachdem der Vater nachgewiesen hatte, daß er Frontkämpfer des ersten Weltkriegs war - in das kleinstädti-

sche Gymnasium über. Seine Zeugnisse aus den ersten Jahren waren durchweg gut.
Schon im ersten Jahr, dann aber in zunehmendem Maße, begann sich die Diskriminierung im persönlichen Bereich auszuwirken. Klaus X. wurde als Jude offiziell von gesellschaftlichen Unternehmungen und vom Sport ausgeschlossen. Auch innerhalb der Klasse wurde er immer mehr isoliert. Seine Mitschüler beschimpften, bedrohten, belästigten ihn, spuckten ihn an, beschädigten mutwillig seine Bücher, sein Fahrrad oder seine Kleider. Mehrfach wurde er auch geschlagen, zweimal dabei von der ganzen Klasse. HJ- Jungen belästigten oder beschimpften ihn auf der Straße, wo sie ihn sahen.
In dieser zunehmenden Isolierung und Feindseligkeit sei er immer ängstlicher, nervöser und aufgeregter geworden. Er habe sich schließlich 1937 geweigert, weiter zur Schule zu gehen. Die Eltern brachten ihn daraufhin am 16. August 1937 für das Schuljahr 1937/38 in ein Schweizer Internat. Dort fiel es ihm weiterhin sehr schwer, Kontakt zu Kameraden zu gewinnen. Er hatte den Eindruck, daß er als Ausländer und Jude nicht gerade herzlich aufgenommen war. Seine schulischen Leistungen waren in dieser Zeit etwas abgesunken. Erst nach dem Eintreffen der Eltern 1938 - X. besuchte von diesem Zeitpunkt an ein öffentliches Gymnasium in Zürich - besserten sich seine Leistungen wieder. Die Kontaktschwierigkeiten blieben jedoch bestehen.
1939 wanderte die Familie nach den USA aus. Dem Vater gelang es, dort im Laufe der Jahre einen Großhandelsbetrieb aufzubauen und eine angemessene ökonomische Existenz zu sichern.

X. besuchte nach einer Sprachvorbereitungszeit eine High-School in Los Angeles, später studierte er Zahnmedizin und Medizin an der Stanfort-University. Von 1943 bis 1945 mußte er Militärdienst leisten. Seine Promotionsarbeit (Medizin) wurde 1953 mit einem Preis bedacht. Er nahm anschließend noch einige Zeit an Forschungsarbeiten in Alaska teil.

Auch in den USA hatte er große Schwierigkeiten, Freunde zu finden. Er sei immer isoliert geblieben. Zeitweise habe er darunter sehr gelitten.
1955 heiratete Dr. X. eine tüchtige aktive Amerikanerin, die inzwischen Assistant-Professor in einem naturwissenschaftlichen Fach geworden ist.
Immer noch hat Dr. X. nach seinen Angaben große Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen und zwar sowohl mit Vorgesetzten als auch mit Patienten und Untergebenen. Er fühle sich ängstlich, unsicher, leide an inneren Spannungen und Depressionen. Verstimmt sei er dabei stets über Mißerfolge und Enttäuschungen, vor allem wegen seiner persönlichen und gesellschaftlichen Isolierung. In der Familie habe er keine Schwierigkeiten mehr. Der Berufsweg spiegelt die sozialen Kontaktschwierigkeiten wider: Dr. X. war zunächst als Assistenzarzt tätig. Er übernahm dann eine größere Arztpraxis, doch schwand der Patientenkreis angeblich wegen seines Ungeschicks im menschlichen Umgang immer mehr dahin. Er kehrte deshalb drei Jahre später in die schlechter dotierte Position als angestellter Arzt zurück. Dr. X. sagte selbst dazu: Seine eigenen emotionellen Probleme hätten sich mit denen seiner Kranken vermischt. (zit. aus 4).

Hier zeigt sich nochmals, wie innerhalb einer weitgehend gelungenen Sozialisierung eine deutlich umschriebene Insuffizienz auf dem Sektor der Kontaktfähigkeit bestehen bleibt. In Anbetracht des relativ "harmlosen" Verfolgungsschicksals muß sicher davon ausgegangen werden, daß diese nicht allein zu Lasten der Verfolgung geht. Bei dieser Art Spätschäden spielen aber immer die persönlichen Dispositionen mit. Jeder Verfolgte wurde in dem Bereich am nachhaltigsten geschädigt, in dem er schon von sich aus "labil" war.

V. Rückblick auf Kapitel I. Ein Grenzfall von Neurose und Psychose

"Erlebnisse, die nicht integriert werden konnten, bleiben als "anarchistisches Nebenzentrum" bestehen und erzeugen Reaktionsbereitschaften, welche das Ich nicht steuern kann" (67, S. 26). LEMPP beschreibt in demselben Sinne einen möglichen Übergang von der Neurose zur Psychose: "Solange ein freier Wechsel zwischen der individuellen, phantastischen Nebenrealität zu der allgemeinen Hauptrealität noch möglich ist, ist der Mensch neurotisch. Nur in der Hauptrealität ist die Kommunikation mit anderen Menschen möglich. "Schizophrenie bedeutet also den Verlust des Überstiegs von einer individuellen und unverbindlichen Nebenrealität zur allgemeinen, die Kommunikation mit der Umwelt ermöglichenden Hauptrealität" (41).

Blicken wir nun nochmals auf die Einheit von Mutter und Kind, die wir vom Ansatz der genetischen Psychologie und von PORTMANN her auffaßten: Wir versuchten zu verstehen, warum nach SPITZ die intakte Mutter-Kind-Beziehung die Grundlage einer späteren intakten dinglichen Objektbeziehung ist und legten Wert darauf, daß die Mutter für den Säugling kein Objekt sein kann: Wenn die "unbewußte Egozentrik des Kindes" (PIAGET) nicht mit dem Mutter-Ich durch die Hülle der Mutterliebe verschmelzen kann, wenn die Ur-Beziehung zur Umwelt nicht die Verschmelzung mit einem Ich in der Umwelt ist (s.S. 23 und 24), dann entsteht für den Jugendlichen und Erwachsenen ein gestörter Realitätsbezug nach außen (Denkstörungen, Kontaktstörungen) und eine Spaltung in zwei Persönlichkeitsbereiche nach innen. Bei entsprechender Disposition könnte daher eine neuro-

togene Verfolgungsbelastung zur schizophrenen Psychose führen. In unserem Material finden sich zwei Fälle von Psychose (Nr. 13 und 14). Im Fall Nr. 13 ist eine erbliche Komponente wahrscheinlich. Der Fall Nr. 14 aber ist ein Beispiel für einen solchen Neurose-Psychose- Grenzfall.

Jakob P., geb. am 28.6.1937, wächst mit seinem jüngeren Bruder in Amsterdam auf. 1940 flieht der Vater, 1943 wird Jakob von seiner Mutter in den Untergrund in Pflege gegeb-en, da sie ihre Deportation befürchtet, die auch stattfindet. Seine ersten Pflegeeltern nannten ihn "Bobby", damit sein Name nicht seine jüdische Abstammung verrate und erzogen ihn aus demselben Grund streng katholisch. Diese Maßnahmen waren wohl für die Zukunft gedacht, denn es wird gleichzeitig berichtet, daß Jakob bei diesen Leuten im Keller versteckt lebte. Als sie denunziert wurden und fliehen mußten, fand sich Jakob völlig allein. Er wandte sich an die Nachbarn um Hilfe, wurde aufgenommen und auch hier katholisch erzogen. Insgesamt mußte er viermal die Pflegeeltern wechseln. Im Juli 1945 fand ihn die Mutter wieder, er war jetzt 8 Jahre alt. Er wurde nun wieder streng jüdisch erzogen, kam erst auf eine protestantische, dann auf eine orthodox-jüdische Schule. Er gibt an, daß es ihn schockiert habe, daß er von einem Tag auf den anderen"zum orthodoxen Juden gemacht worden"sei, gleichzeitig habe er eine plötzliche Entwertung seiner Pflegeeltern erfahren. Seither habe er religiöse Konflikte.
Sein Studium blieb ohne Abschluß, verschiedene Berufsversuche scheiterten, zuletzt war er Parkwächter. Da er für seine Familie nicht sorgen konnte, wurde seine Ehe geschieden.
1972 ist Herr P. 100 % arbeitsunfähig. Es wird ein "schizoid-weltfremder Charakter" festgestellt. Er hat phasenweise paranoide Vorstellungen: Sein Vater beeinflusse alle jüdischen Ärzte, diese seien "untereinander mit Computer- und Lasergeräten verbunden", auch vermutet er installierte Mikrophone im Untersuchungszimmer. Alle Juden steckten gegen ihn unter einer Decke.

Hier bestand die Belastung in einem Zusammentreffen von Mutterentbehrung, 4 maligem Wechsel der Pflegefamilie und einer uneinheitlichen religiösen Erziehung, was zumal für ein religiös veranlagtes Kind eine fundamentale Verunsicherung bedeuten muß. Bei den Eltern und nächsten Verwandten ist keine Psychose bekannt. Auch LEMPP berichtet einen Fall, wo ein religiös-gestimmtes 14 jähriges Mädchen unmittelbar vor der Konfirmation die ersten Symptome einer Psychose zeigte, die schließlich zur stationären Aufnahme führte (42). Auch v. BAEYER et al. berichten über ähnliche Fälle, wobei einer (S. 320) dem eben erwähnten darin entspricht, daß in der mittleren Kindheit durch ständige Flucht und Schulwechsel in

verschiedenen Sprachgebieten eine schwere Verunsicherung beschrieben wird. v. BAEYER et al. zitieren außerdem einen Fall von ENGEL (4, S. 231), in dem nach kindlicher Verfolgung im Rahmen schwerer angstneurotischer und depressiver Zustände auch "schizophrene Entgleisungen" aufgeführt werden.

VI. Verfolgt in der späteren Kindheit und Jugend

In Kapitel I nannten wir die Pubertät eine "sensible Phase" mit einer Entwicklungspotenz, die auch in den körperlichen Vorgängen den Vergleich mit der Säuglingszeit nahelegt. Es soll damit nicht mehr gesagt sein, als daß wir in der Pubertät eine hohe Empfänglichkeit bzw. Anfälligkeit äußeren Bildungseinflüssen gegenüber berücksichtigen müssen. Was in diesem Sinne "allgemeine Embryogenese" genannt wird, bestätigt sich in unseren Fällen dadurch, daß ein persistierender Reifungsstillstand eher bei den vor der Pubertät Verfolgten auftritt als bei den in der späteren Jugend Verfolgten: etwa 70 % der Fälle von psychischem Infantilismus im Erwachsenenalter persistierender Elternbindung gehören zu der Gruppe der im Alter von 0-11 Jahren Verfolgten (s. S. 18). KOLLE hat aber auch bei später Verfolgten typische Reifungsstillstände beschrieben (26). BENSHEIM schildert Reifungshemmungen bei seinen 6-17 jährigen Verfolgten (7). Es geht aber aus seiner Arbeit nicht hervor, wieviele der Retardierten vor der Pubertät und wie viele während und danach verfolgt waren. Wie wir schon auf S.16/17 sahen, spricht alles dafür, daß die Häufigkeit von Reifungsstillständen umso geringer ist, je später in der Entwicklung die Verfolgung stattfand.

In Abb. 7 fällt auf, daß wir keinen einzigen Fall von verminderter Intelligenz unter den in und nach der Pubertät Verfolgten haben. Zwar sind es insgesamt nur deren fünf. Die alleinige Verteilung auf die 0-11 Jährigen kann aber wohl doch als Hinweis dafür gelten, welche Bedeutung es hat, wenn sich die Entwicklung bis zur Pubertät noch ungestört von den Verfolgungsmaßnahmen vollziehen konnte.

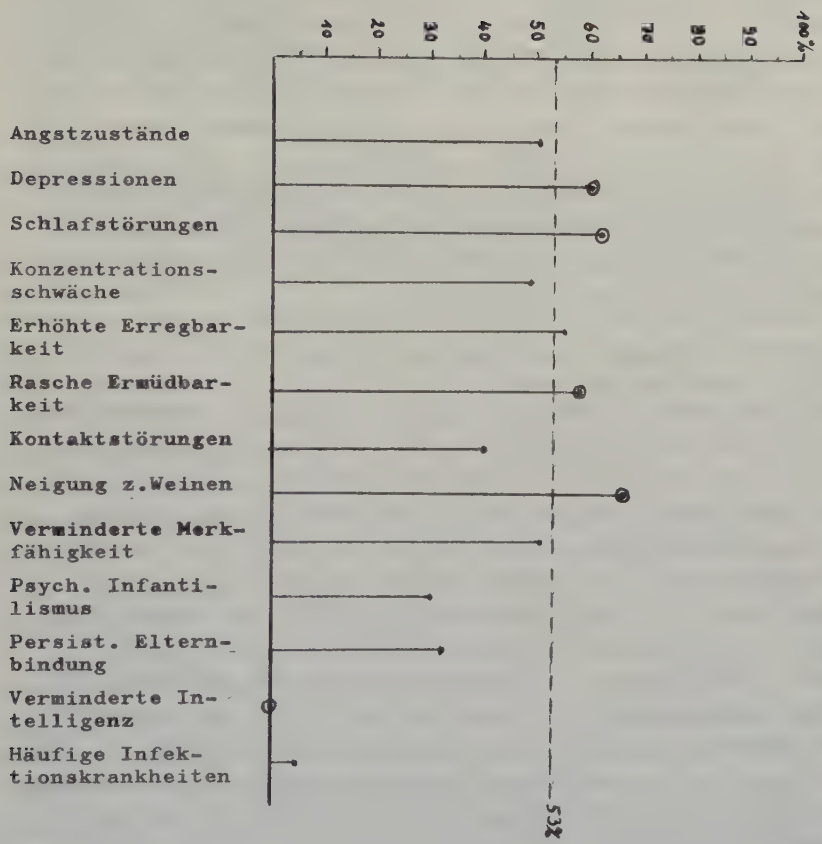


Abb. 7: Anteil der 11-21 Jährigen (= 53 %) an der gesamten Häufigkeit der Symptome.

Die Häufung der Symptome "Neigung zum Weinen", "Depressionen" und "rasche Ermüdbarkeit" ist nicht sehr ausgeprägt. Immerhin wird das Bild des stimmungslabilen, depressiven und adynamischen Patienten, wie er in der Literatur für die Erwachsenen beschrieben wird (4, 7, 97 u.a.), bestätigt. Als typisch für die ab der Pubertät Verfolgten heben wir nochmals hervor, daß wir übereinstimmend mit v. BAEYER et al. feststellen: die in und nach der Pubertät Verfolgten reagieren häufiger bereits wie die Erwachsenen mit Depressionen, während bei den vor der Pubertät Verfolgten Depressionen seltener sind und Angstzustände im Vordergrund stehen.

Im KZ:

"Die wichtigste Erziehungsform ist das Vorbild. Die Voraussetzung hierzu ist allerdings, daß das Kind den Erwachsenen liebt" (41, S. 230). Im KZ erlebten die Kinder dieses Alters die Erwachsenen entweder entehrt und erniedrigt, im Falle ihrer eigenen Eltern, oder im Falle der SS als eigentliche "Untermenschen". "Von bösem Einfluß für die Kinder war es, ihre Eltern und alle Erwachsenen entrechtet und ohnmächtig, selbst gleichsam zu Kindern erniedrigt zu sehen." (105) Nach v. BAEYER et al. (5) bedeutet die im KZ fehlende Identifikationsmöglichkeit, über die wir auf S. 26 sprachen, "in der Pubertät ein Fehlen der gefühlsmäßigen Festigung und Bezogenheit auf eine übereinstimmende Wertwelt..., wie sie für die Entfaltung einer ausgeglichenen seelischen Struktur Bedingung ist." Die Wechselbeziehung, in der sich der Pubertierende nun weiterentwickeln möchte, spielt sich in der Sphäre der Urteilsbildung, vor allem der moralischen Urteilsbildung ab. In der zunächst chaotisch aufbrechenden Innenwelt sucht er hierbei Halt bei Erwachsenen, denen er nur dann Vertrauen schenkt, wenn sie ihm Vorbild sein können.

TAS berichtet:

Es ist erstaunlich, wie schnell sich viele Kinder psychopathisch benahmen, wenn sie in einem KZ waren. Kinder aus besten Familien waren von der verwahrlosten Jugend großer Städte nicht zu unterscheiden, selbst dann, wenn im Lager noch die Familien zusammen waren. Es bildeten sich Banden mit Führern, und den Erwachsenen wurde nicht mehr gehorcht. Heranwachsende in der Vor-Pubertät und während der Pubertät beklagten

sich über die Erwachsenen, besonders über ihre Ungeduld. Dadurch, daß die Kinder die Behandlung ihrer Eltern und der Erzieher durch die Nazis mit ansahen, verstärkte sich deren Mangel an Autorität.
Es zeigte sich Erregtheit, Wut, Aggressivität, Angst und Phobien traten auf. Nächtliches Schreien und Angstträume waren bemerkbar. In den Träumen waren Eltern und Deutsche eins.
(95)

Eine Bestätigung dessen, was wir in Kapitel I über die Bedingungen der Entwicklung zur Selbständigkeit ausführten, wird von einer Berichterstatterin eines österreichischen Auffanglagers geschildert: sie beobachtete, daß bei manchen Kindern, die vor der Pubertät unter Verfolgung im KZ standen, die Pubertät seelisch überhaupt nicht eintrat. Die totale Kasernierung hatte jede Entwicklung zur Selbständigkeit offenbar abgeschnürt, wie die Berichterstatterin vermutet: "Das Aneinanderhängen von Müttern und Kindern war ... im allgemeinen sehr stark. Auffallend war, daß hier die Heranwachsenden, selbst in der Pubertätszeit, nicht gegen die Eltern revoltierten, daß sie auch sonst nicht selbständig waren, sondern taten, was ihnen gesagt wurde. Auch den beamteten Fürsorgern des Lagers folgten sie leicht. Das Leben im KZ hatte sie von klein auf gelehrt, zu parieren, sich Vorschriften zu fügen" (zit. nach WOLFHEIM). Schon über die Kleinkinder, die das KZ überlebt hatten, wird ähnliches berichtet, nur findet es hier einen anderen Ausdruck: "Beeindruckt waren die Erwachsenen, wenn sie die Kinder anfangs gehen sahen; sie hatten normales Gehen verlernt und marschierten stattdessen im Tritt, wie sie es im Lager gewohnt waren" (105).

Hält man daneben den Gang der Kinder, die aus dem Versteck befreit wurden - sie konnten oft nur torkelnd gehen, "wie betrunken" (s. S. 67) -, dann hat man ein Bild für die beiden Extreme der Verfolgungszustände, denen Kinder vom Nationalsozialismus ausgesetzt wurden.

WOLFFHEIM berichtet weiter über die Alters-ungemäße Schlauheit und Gerissenheit mancher Kinder durch eine Erziehung zur Unwahrheit. Ebenso schildert H. STRAUSS die Folgen für die moralische Entwicklung, wobei er im Sinne von REMPLEIN (s.S. 29) die Bedeutung der herrschenden Wertvorstellungen unterstreicht:

Einer der Verfolgten verbrachte die Zeit von seinem 12. - 16. Lebensjahr im KZ. Er ist ein recht intelligenter und gewandter junger Mensch, der im KZ lernte, sich durch alle möglichen, an sich unehrlichen Schliche und Kniffe einige Vorteile zu verschaffen. Er hat sich die Auffassung zu eigen gemacht, daß alles recht ist, was ihm persönlich nützt und hat sich zu einem skrupellosen jungen Mann entwickelt. Ein Zusammenhang dieser asozialen Charakterentwicklung mit dem abnormen Milieu, in dem er seine Reifungszeit verbrachte, kann nicht abgelehnt werden, war es doch die Auffassung der verfolgenden Schicht, daß der Zweck jedes Mittel heilige. Bei diesem so in falsche Bahnen gelenkten Menschen sind die groben hysterischen Erscheinungen, die er bei der Untersuchung zeigte, nur eine Teilerscheinung der abnormen Charakterstruktur (93).

KOLLE gibt folgende eindringliche Schilderung dessen, was er "Abbruch der Entwicklung" nannte:

Diese jungen Juden wurden im Alter von 6 bis 17 Jahren eingesperrt, von ihren Familien getrennt und zu schwerer körperlicher Zwangsarbeit verdammt, die ihre Kräfte weit überforderte. Die meisten stammten aus den von den Deutschen besetzten Ost-Gebieten, waren also mit der vollzogenen Haft nicht nur ihrer Familie, ihrer Heimat beraubt, sondern auch aus ihrer Sprachgemeinschaft ausgegliedert. Bar jeden bergenden Gehäuses wurde ihnen die Möglichkeit genommen, sich seelisch-geistig zu entfalten. Schwerste körperliche Arbeit, verbunden mit unzureichender Nahrung zehrte den jugendlichen Organismus physisch wie psychisch aus und hinderte damit den natürlichen Entwicklungsvorgang entscheidend. Viele dieser Jugendlichen blieben psychisch, einige auch körperlich auf der Entwicklungsstufe stehen, auf der sie die Haft überfiel. Die menschliche Person als Geist-Seele-Leib-Wesen, wortwörtlich genommen, konnte nicht weiterreifen. Der geistige Horizont blieb eingeengt, die Seele verkümmerte, der Leib wuchs nicht mehr. Kleinwuchs, ausgebliebene oder mangelhafte sekundäre Geschlechtsmerkmale und Störungen anderer endokrin gesteuerter Funktionen waren mit geistig-seelischem Rückstand gekoppelt. Diese umweltbedingten Kümmerformen waren der ihnen wieder geschenkten Freiheit nicht gewachsen.
Wir vernehmen zunächst folgende in nüchternen Zahlen ausgedrückte Tatsachen:
Die Haftzeit dieser jungen Menschen schwankt zwischen 40 und 65 Monaten.
In 12 (von insgesamt 18) Fällen Verlust beider Eltern.
Dreimal Verlust von Vater oder Mutter.
Unsere 18 Jugendlichen verloren zusammen 38 Geschwister, die in den Lagern umkamen; eine junge Jüdin mußte auch ihr im Ghetto geborenes Kind hergeben.
Welches Bild bieten diese jetzt erwachsenen Menschen (22-31 Jahre alt) dem Untersucher? Wir haben uns aufgeschrieben, mit welchen Worten die verschiedenen Gutachter, ausnahmslos ältere Assistenten der Klinik, ihre Eindrücke niedergelegt haben.
Folgende Beispiele mögen genügen:

"Ein ängstliches, anlehnungsbedürftiges Kind" (28 Jahre alt).
"Eine ängstliche, energielose, infantile Person" (29 Jahre alt),
"Ein antriebsloser, kontaktschwacher, egozentrischer, einsamer Mensch ohne Lebensziele" (27 Jahre alt).
"Ein unerzogener Backfisch ohne Schulbildung" (29 Jahre alt),
"Eine ängstliche, gehemmte, egozentrische, kindliche Person" (31 Jahre alt),
"Ein gleichgültiger, freudloser, mißtrauischer, infantiler Mann" (26 Jahre alt).
Bei 12 Personen dieser Gruppe wurden gleichzeitig körperliche Schäden notiert: Kleinwuchs, vorgealtertes Aussehen, endokrine Störungen (Ausbleiben der sekundären Geschlechtsmerkmale, ovarielle Insuffizienz).
Die freie Welt, die den Befreiten 1945 offenstand, bot gerade diesen Jugendlichen keine günstigen Chancen. Ohne Heimat, ohne Eltern, ohne Verwandte oder Freunde wären sie völlig gestrandet, hätten sich nicht die internationalen Hilfsorganisationen ihrer angenommen. Aber in dem Nac-hkriegs-Chaos konnten die in diesen Verbänden tätigen hilfreichen Menschen nur gerade die gröbste Not lindern, also in erster Linie für die einfachsten menschlichen Bedürfnisse sorgen. Geistig-seelische Zuwendung, die diesen jungen Menschen am meisten fehlte, mußte unzulänglich bleiben. Die oft mit bescheidenen Mitteln angestrebte erzieherische Fürsorge - Erwerb von Bildung, Wissen, Kenntnissen, Probleme der beruflichen, sozialen Eingliederung - scheiterte zudem oft am Widerstand der Jugendlichen, die den lange aufgestauten Freiheitsdrang triebhaft zu betätigen suchten. (36)

TRAUTMANN hob die besondere Verfolgungssituation der Pubertät ebenfalls hervor:

Eine besonders starke Betonung des abnormen Ich-Bewußtseins finden wir bei solchen Patienten, die im frühen Alter von 13-15 Jahren ihrem normalen Leben entrissen wurden. Hier wurde die Entwicklung der Persönlichkeit in einem Stadium unterbrochen, in welchem der Jugendliche beginnt, sich von der Kindheit loszulösen und mit den sexuellen und sozialen Problemen des Erwachsenen sich vertraut zu machen. Nicht nur wurde er dieser Entwicklungsmöglichkeit beraubt, sondern er wurde gleichzeitig in eine menschliche Umgebung versetzt, die ein völlig pathologisches Bild vom eigenen Ich und vom Wesen der menschlichen Gesellschaft in seiner Vorstellung erzeugte (97).

Daß auch hier schwere Kontaktstörungen auftreten können, zeigt er an einem Beispiel und zieht die Schlußfolgerungen im Sinne unserer obigen Ausführungen:

Psychodynamisch steht er unter dem unbewußten Zwang, die unterbrochene Kindheit fortzusetzen als die einzige menschliche Beziehung, die er je gekannt hatte und deren ungelöste Probleme ihn heute noch beherrschen. Jedoch eine klaffende Lücke in seiner Entwicklung erschwert ihm das Einleben in die Gegenwart. Es ist wohl kaum möglich, daß ein Erwachsener wie andere Erwachsene fühlt, denkt und handelt, wenn er nicht wie jene vorher durch das Erlebnis der Jugend hindurchgegangen ist.

Ein Fall von fast autistischer Kontaktgestörtheit ist unser Fall Nr. 32:

Balthasar L., geb. am 14.11.1929, mußte mit 14;4 Jahren den Judenstern anlegen (im März 1944). Ende Mai 1944 wird er in das KZ Auschwitz gebracht, von wo er über das KZ Kaufering in das KZ Dachau kam.
Ungenügend bekleidet und mit wenig Essen mußte er schwere Zwangsarbeit leisten, da er zu Beginn so stark gebaut gewesen sei, daß er sich für 17 Jahre alt ausgegeben habe, um zur Arbeit geeignet zu erscheinen. Er sei krank geworden vom langen Appellstehen bei Regen und Kälte ohne Schuhwerk. Als er Fieber bekam, sei er geschlagen worden. Die Trennung von den Angehörigen habe ihn sehr belastet.
Jetzt ist er voller Minderwertigkeitsgefühle wegen seiner mangelhaften Bildung und kontaktscheu, was er so begründet: sein Haß gegen die Mörder bestehe unvermindert, er wolle nicht heiraten und Kinder zeugen, denn die Mordtendenz bestehe mindestens in anderen Völkern weiter. Er sei am liebsten allein und lese Bücher über das 3. Reich, um seinen Haß mit Verständnis vertiefen zu können; er habe kein Vertrauen in sich und sei am liebsten allein, denn jeder würde bald enttäuscht sein, wie unwissend er sei. Er sei ein "einsamer Wolf".

Die für die Verfolgten ab diesem Alter häufiger werdenden depressiven Zustände hatte auch Dora S., geb. 1927 (Nr. 26):

Dora kommt mit 12 Jahren 1940 ins Ghetto und 1942 ins KZ Skarzysko-Kammiene. Dort war sie meistens mit dem Füllen von Granaten beschäftigt, was erstens sehr unangenehm gewesen sei, weil man ganz mit Schwefel bedeckt gewesen sei, aber auch sehr gefährlich, weil schon bei geringen Unachtsamkeiten Explosionen entstanden seien. Sie seien zur Arbeit angetrieben worden wie Tiere. Wenn sie heute nachts aus Schreckträumen aufwache, müsse sie Licht machen, um die Bilder loszuwerden. Dann habe sie im Lager 1942 (im Alter von 15 Jahren) die Nachricht erreicht, daß ihre Eltern und ihre 5 Geschwister in das Vernichtungslager Treblinka deportiert worden waren. 1944 kam sie in das KZ Leipzig, im April begann auch für die ein 5 Wochen langer Todesmarsch, auf dem sie schließlich Russen begegnet seien; da sei sie frei gewesen. In den Lagern habe sie Typhus und später Gallenblasenentzündung gehabt. Es wurden ihr 4 Zähne ausgeschlagen. 1951 wanderte sie aus nach Montevideo. 1968 klagt sie über phasenweise auftretende depressive Angstzustände. Im Bender-Test (ein Test zur Erfassung von Störungen der optischen Gestalterfassung) zeigte sie leichte Störungen in der Darstellung der Figuren, der myokinetische Test nach Mira und Lopez zeigte eine Tendenz zur Apraxie.x) Außerdem werden festgestellt: chronische Gastroenteritis und Cholecystitis und eine "neurovegetative Dystonie".

Dieser Fall zeigt, wie die Pubertät als Aufbauphase im Sinne der allgemeinen Embryogenese durchaus noch eine vulnerable

---

x) was der untersuchende Arzt als Zeichen einer cerebral-organischen Schädigung wertete.

Phase für das Gehirn ist, wenn so massive Einflüsse wirken wie in diesem Fall: Typhus, Schädelhirntrauma, Schwerarbeit mit 14 Jahren und Hunger. Die Unsicherheit im visuo-motorischen Koordinationsvermögen und die Tendenz zur Apraxie betreffend, führt LEMPP zu diesem Fall aus: "Diese Befunde sind tatsächlich charakteristisch für diffuse cerebrale Schädigungen..., auf deren Boden dann auch ohne weiteres die übrigen Symptome wie Asthenie, aber auch solche reaktiv imponierenden Symptome wie Angstzustände und Depressionen als Verfolgungsleiden anerkannt werden müssen" (44, S. 248).

Durch Hunger, Meningitis undTyphus (Typhöse Meningitis?) entstand bei Jakob P. (Nr. 39) die Grundlage einer Dauerschädigung:

Jakob P., geb. am 2.6.1923, wächst als Sohn eines Friseurs in Sosnowicz (Polen) auf. Im Herbst 1939 wird das Ghetto errichtet. Er war damals Bügler in einer Uniformfirma. Seit März 1943 habe er Eisenbahngleise bauen müssen im Zwangarbeitslager Neukirch. 1944 kam er 21-jährig in das KZ Hirschberg, im Juli 1944 in das KZ Warmbrunn, wo er Typhus und Meningitis bekommen habe. Er war 10 Tage bewußtlos. Zum Schluß kam er in das KZ Dernau. Dort war die Ernährung derartig, daß täglich an die 100 Menschen vor Hunger starben. 1946 sei er nach Argentinien ausgewandert.
1957 werden festgestellt: Kraftlosigkeit und Krämpfe im rechten Bein, an der Außenseite des Beines Taubheitsgefühl. Die schweren Kopfschmerzen seien das schlimmste. 2-3 Mal pro Woche wache er nachts schweißgebadet aus Angstträumen auf. Auf der Straße glaubt er sich manchmal verfolgt und ist erst ruhig, wenn die Haustür hinter ihm zu ist. Er hat weder Schwindel noch Ohnmachten noch Sehstörungen. Das EEG ist normal.
1967: Er vertrage keine Geräusche und meidet die Gesellschaft. Außer den weiterbestehenden Befunden, die schon 1957 erhoben wurden, besteht ein starker Fingertremor und Lidflattern.
1970 werden erstmals pathologisch-neur-ologisch links-betonte Koordinationsstörungen festgestellt.

Der folgende Fall Nr. 30 zeigt das Zusammenwirken mehrerer Faktoren, die insgesamt zu einer Abbiegung der Persönlichkeitsentwicklung führen:

Ita F., geb. am 7.11.1927, wurde schon mit 12 Jahren zu Zwangsarbeiten herangezogen. Mit 13;2 Jahren kam sie ins Ghetto. Mit 15;5 Jahren kam sie in das Zwangsarbeitslager Pionki, wo sie bei Holzfällerarbeiten und beim Transportieren von Säcken eingesetzt wird. Mit 16;10 Jahren kommt sie in das KZ Oranienburg. Schon bald nach Beginn der Verfolgung ging es ihr körperlich sehr schlecht wegen der absolut unzureichenden Ernährung bei gleichzeitiger Überbeanspruchung. Wie alle KZ-Insas-

sen konnte sie sich nicht krank melden wegen der Gefahr, in der Krankenstation getötet zu werden oder in ein Vernichtungslager abtransportiert zu werden. Bei einer der mehrfachen Mißhandlungen im Zwangsarbeitslager Pionki wurden ihr durch Stockschläge ins Gesicht viele Zähne ausgeschlagen. Zwei weitere Male wurde sie bewußtlos geschlagen. Sie war Zeugin der brutalen Ermordung ihrer Schwester.
Im Mai 1945 wird sie befreit. Nach 4 Jahren Aufenthalt in DP- Lagern wandert sie 1949 in die USA aus. 1957 werden festgestellt: phasenweise Kopfschmerzen und Alpträume mit Verfolgungsinhalten. Allgemeine Adynamie, besonders Schwäche der groben Kraft. Zahnärztlicher Befund: Verlust von 8 Zähnen aus den angegebenen Gründen.
1963: Die Kopfschmerzen sind in der Scheitelgegend lokalisiert und strahlen in die Augen aus, das Sehen verschleiernd. Oft sind sie von Übelkeit begleitet ohne Erbrechen. Sie ist ständig deprimiert und weint auch bei der Aufnahme der Vorgeschichte. Die Intelligenz ist normal. Das EEG o.B.
1964: Außer den 1963 festgestellten Beschwerden treten hinzu: Konzentrationsschwäche, Reizbarkeit und vermehrte Schweißabsonderung. "Es handelt sich um eine lebensuntüchtige, infantile Persönlichkeit, die sich an Mutter und Bruder klammert und zu einer Nachreifung offenbar nicht aus eigener Kraft fähig ist " schließt der psychiatrische Bericht.

Hier haben schwerste Erschütterungen in der Latenz- und Pubertätszeit zu einem Reifungsstillstand im Sinne von KOLLE und H. STRAUSS 6s.o.) geführt. Die dreimalige Schädeltraumatisierung, die Hungerdystrophie und Schwerarbeit im Alter von 12 bis 18 Jahren haben außerdem mit höchster Wahrscheinlichkeit zu einer diffusen Hirnschädigung geführt, die den Entwicklungsabbruch zusätzlich verfestigt hat.

Die älteren Kinder und Jugendlichen erlebten die Verfolgung bewußt,im Gegensatz zu den kleinen Kindern. Dadurch entsteht ein wichtiger Unterschied zwischen diesen Altersgruppen:

Die Verfolgungsereignisse leben bei den später Verfolgten in der Erinnerung fort und suchen sie noch heute in Alpträumen heim. Diese Träume sind in gewissem Sinne Wiederholungen des Durchgemachten, denen die Betroffenen im Schlaf ausgeliefert sind (18, 105, 58). Dies ist den in früher Kindheit Verfolgten in dieser Form erspart geblieben. Auch den höheren Anteil an Schlafstörungen möchten wir damit in Zusammenhang bringen, wenngleich bei diesen Angaben selten differenziert wurde zwischen Einschlafstörungen und Störungen durch Aufwachen im Angsttraum. EITINGER (18, S. 150) beschreibt die Symptome "Angstsydrom, Alpträume und Schlafstörungen" als

"feste Trias", also als sehr oft zusammen auftretend. Möglicherweise hängt mit dem gestörten Schlaf auch die Stimmungslabilität zusammen, die sich in der häufigeren "Neigung zum Weinen" ausdrückt, mit der Depression aber natürlich überlagert ist. In mehreren Fällen wurden sogar "Weinkrämpfe" angegeben.

Die Zahl derer, die ähnliche Verfolgungsschicksale hatten wie die hier und in der Literatur beschriebenen Fälle, die aber heute beschwerdefrei leben, ist durch MATUSSEKs Untersuchung zum ersten Mal festgestellt worden und zwar fand er von 210 befragten ehemaligen KZ- Häftlingen 25 (= 12 %), die heute praktisch beschwerdefrei leben (51). Wenn also grundsätzlich ein persönlichkeitsbedingter Faktor, eine Disposition bei den Trägern von Spätschäden anzunehmen ist, so bleibt die Frage, was man aus dieser Tatsache folgert. Gibt es den "gesunden Normalmenschen", den man zugrundelegen könnte? H. STRAUSS betont, daß man den Verfolgten keinen Vorwurf machen kann" - d.h. daß man es nicht ihnen anlasten kann anstatt den Verfolgern - "daß sie auch 1962 noch entwurzelt sind und keine Kraft aufgebracht haben, neue Wurzeln zu bilden" (93). KOLLE ist ein Beispiel für einen Autor, der das nötige Umdenken in dieser Angelegenheit vollzieht: er versteht die chronich-reaktiven Depressionen z.B. nicht als "krankhaft" in dem Sinne, daß hier ein Mißverhältnis zwischen dem Erlebnis und dem Ausmaß der Reaktion bestünde (dieses Mißverhältnis von Anlaß und Reaktion gehört ja zur gewöhnlichen Definition einer reaktiven Störung); "Unseren verfolgten Juden war so Schreckliches widerfahren, daß wir hier kein Mißverhältnis zwischen Anlaß und Ausmaß der Reaktion sehen" (36).

In den Fällen, in denen eine bestehende Krankheit verschlimmert wurde, durch Verfolgungseinflüsse oder durch Verhinderung der Heilbehandlung (s. Nr. 22), ist ja in der Rechtsprechung mit dem Begriff der "richtunggebenden Verschlimmerung" Rechnung getragen. Zwischen diesen Fällen und dem hypothetischen Fall, daß jemand zu Beginn der Verfolgung "gesund" ist und alle Schäden durch die Verfolgung bedingt sind, liegen die unendlich vielen realen Zwischenstufen, in denen die Verfolgung latent vorhandene pathologische Reaktionsmöglichkeiten manifest werden ließ.

Wenn THIELE im Zusammenhang mit seinen Ausführungen zur "vegetativen Dystonie" äußert, daß die Träger von irreversiblen Restschäden oft "Dysplastiker, Neuropathen, Psychastheniker, Debile und im Kampf ums Leben nicht vollwertige Menschen" seien (96, S. 280), dann kann dazu nur festgestellt werden, daß hier in der Beurteilung der Folgen des Nationalsozialismus dessen Gesinnung fortlebt. Auch durch solche Äußerungen finden wir die grundsätzlichen Erörterungen, die an mehreren Stellen dieser Arbeit eingeschaltet wurden, gerechtfertigt.

Tabelle 8: Die Symptome in ihrer Verteilung auf die einzelnen Fälle (Die Zahlen sind die Nummern der Fälle).

Psychische Symptome

Angstzustände:	1,2,3,4,5,6,7,8,9,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21, 22,23,24,25,26,27,28,30,32,33,34,35,36,37,38,39, 40,42.
Depressionen:	1,2,3,4,6,7,9,10,12,13,14,15,16,17,20,21,22,23, 24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38, 39,40,41,42.
Angstträume:	2,3,6,7,8,9,11,15,16,17,18,19,21,22,23,25,26, 27,28,29,30,31,32,33,35,36, 38,39,41,43.
Schlafstörungen:	2,4,5,6,8,9,11,12,15,17,19,22,23,24,25,27,28, 29,31,32,33,34,35,36,37,38,40,41,43.
Konzentrationsschwäche:	1,2,3,4,5,8,9,10,11,12,14,15,16,19,21,22,23, 24,25,26,27,29,30,31,34,36,39.
Erhöhte Erregbarkeit:	2,3,4,6,8,9,10,12,15,16,19,21,22,24,26,27,30, 32,34,35,37,40,41,42,43.
Schnelle Ermüdbarkeit:	2,3,4,5,8,12,15,16,22,23,24,26,30,33,37,38, 40,42,43.
Kontaktstörungen:	2,5,6,10,11,12,15,16,20,26,28,31,32,36,39.
Neigung zum Weinen:	1,2,6,8,16,21,22,24,28,30,32,34,37,40,42.
Verminderte Merkfähigkeit:	1,3,5,8,11,13,19,23,24,31,36,39,41,43.
Psychischer Infantilismus:	2,6,8,11,12,15,17,18,20,25,30,36.
Persistierende enge Bindung an die Eltern:	1,3,4,5,10,11,12,30,32,36.
Verlangsamung:	11,12,23,28,36,41.
Verminderte Intelligenz:	7,8,11,13,17.
Erhöhte Lärmempfindlichkeit:	21, 28, 39.
Suizidversuche und -absichten:	6, 14, 19, 32.
Aggressive Zustände:	12, 35.

Körperliche Symptome

Kopfschmerzen:	1,2,3,5,6,9,10,11,14,15,17,19,21,23,24,25,27, 30,32,33,35,36,37,38,39,41.
Magenbeschwerden: (Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Ulcus ventr.)	1,2,5,8,9,10,12,15,16,17,19,23,24,28,31,33, 34,35,37,39,40,42.
Tremor der Hände:	2,9,11,16,17,20,21,25,26,27,28,30,32,34,35, 37,38,39.
Verdauungsstörungen:	5,8,12,16,19,23,27,29,31,35,37,38,40,42.
Schwindel:	1,2,6,9,16,17,23,24,28,30,34,37,40,41.
Vermehrte Schweißproduktion:	1,2,4,11,16,24,26,27,28,30,32,35,39,42,43.
Funktionelle Herzbeschwerden:	2,8,10,23,24,27,29,30,37,38,40.
Häufig Infektionskrankheiten:	2,4,5,8,9,32,34.
Paraesthesien:	6,8,28,32,37,39.
Ohnmachten:	1,3,25.

E) Ergänzung der Kasuistik
(Die Vornamen sind geändert)

Nr. 1 s.S. 54

Nr. 2 L.Z., weibl., geb. am 28.2.1940

Im Januar 1940 flieht die mit Liana schwangere Mutter vor den Deutschen nach Rußland, mit ihrem Ehemann. Sie geraten in Gefangenschaft nach Sibirien, wo sie unter Mangel an Essen und Kälte litten. Das inzwischen geborene Kind litt unter rezidivierenden Dysenterien, die es dem Tode nahe brachten. Liana beginnt mit 1;6 Jahren zu laufen. Die Untersuchung im Alter von 27 Jahren ergibt: Osteoporose, Kopfschmerzen, allgemeine Schwäche. Eine psychisch retardierte Persönlichkeit mit reaktiven Depressionen.

Nr. 3 s.S. 42

Nr. 4 s.S. 57

Nr. 5 s.S. 41

Nr. 6 R.K., weibl., geb. am 1.2.1942

Rita verbrachte das Leben von Geburt an bis zum Alter von 2;1 Jahren in drei verschiedenen Ghettos. Die ersten Zähne bekam sie mit 18 Monaten. Als sie im März 1944 aus dem Ghetto Berschad befreit wurde, hatte sei "einen Bauch voll Wasser", d.h. schwere Hungerdystrophie-Zeichen. Sie begann mit 2;6 Jahren zu sprechen und mit 4 Jahren zu laufen, und mit 4 Jahren war sie auch erst sauber. Im selben Ghetto lebende Verwandte waren an Hunger und Infektionskrankheiten gestorben. In der Schule mußte sie jede Klasse wiederholen und ging schließlich mit 14 Jahren aus der 3. Volksschulklasse ab. Die Familie wechselte während ihrer Kindheit insgesamt sieben Mal unfreiwillig den Wohnort.
Mit 16 Jahren heiratet sie und bekommt 2 Kinder, die in einer Privatschule für psychisch gestörte Kinder leben. Mit 19 Jahren läßt sie sich wieder scheiden. Die Untersuchung 1973 ergibt: Die Patientin raucht pausenlos, auch während der Untersuchung, insgesamt 60 Stk. Zigaretten pro Tag. Sie leidet an

Angstzuständen mit depressiven Zügen; zwei Suizidversuche mit Tabletten. Die Patientin macht einen unreifen, infantilen Eindruck. Sie lutscht Daumen und zeigt eine starke Abhängigkeit von den Eltern.

Nr. 7 s.S. 49

Nr. 8 s.S. 43

Nr. 9 R.A., weibl., geb. am 20.10.1939

Rahel wird mit 1;6 Jahren mit ihren zwei älteren Geschwistern und den Eltern nach Rußland vertrieben und kommt in ein Zwangsarbeitslager nach Sibirien. Dort leidet sie unter Hunger und bleibt tagsüber sich selbst überlassen. Es gab keine Pflege und ärztliche Versorgung. Nach dem Krieg lebt sie in einem Kinderheim des DP- Lagers Ulm. 1971 klagt sie über Angst vor Dieben im Hause, nachts müsse immer das Licht brennen; es bestehen Schlafstörungen und Kopfschmerzen.

Nr. 10 s.S.48

Nr. 11 H.B., geb. 26.6.1942

Herta ist Zwillingskind und war bis zur Verbringung in das KZ Auschwitz mit 1;11 gesund und normal entwickelt. Dort wurde sie mit ihrer Schwester zu Experimenten mißbraucht, bei denen regelmäßige häufige Blutentnahmen vorgenommen wurden. Ihre Schwester ging an den Experimenten zugrunde. Sie selbst wurde im April 1945 befreit. Sie hatte zu dieser Zeit einen "dicken Bauch und dünne Beine" (Hungerdystrophie) und Krämpfe. Sie hat später geheiratet und hat Kinder. 1965 wird bei der Untersuchung festgestellt: sie stottert, fängt grundlos an zu weinen, fragt immer wieder, wo ihre Mutter und ihr Vater seien, leidet an Kopfschmerzen und schwitzt stark. Sie hat Ängste gegenüber "Dieben und Mördern". Die zeitliche Orientierung ist mangelhaft, die Konzentrationsfähigkeit herabgesetzt, die Patientin verfügt über fast keine Merkfähigkeit und hat ein minimales Allgemeinwissen. Einfachste Rechnungen kann sie nicht vollziehen, ebenso wenig einfache geographische Fragen beantworten. Zusammenfaasend besteht ein psychischer Infantilismus

mit erheblicher Unterbegabung und diffusen Angstzuständen. Der neurologische Befund ist unauffällig.

Nr. 12 M.J., geb. 14.11.1938.

Michel wurde in Paris geboren und mußte mit 2;6 Jahren den Judenstern tragen. Noch nicht 5-jährig begann 1943 das Leben in ständig wechselnden Verstecken auf der Flucht vor den Deportationen der Deutschen, zusammen mit der Mutter.

1945 wurde er wegen Magen-Darmbeschwerden und hochgradiger Nervosität ärztlich behandelt, ebenso kontinuierlich von 1952-1966. 1967 bietet er das Bild eines "kontaktlosen Sonderlings" mit neurotischer Persönlichkeitsveränderung und reaktiv depressiven Zügen, die sich vor allem auch somatisch im Magendarmbereich auswirkt. Nach der gescheiterten Ehe ist es zu einer starken Bindung an die Mutter gekommen. Ein häufiger Wechsel der Berufstätigkeit wird berichtet.

Nr. 13 A.V., geb. am 14.6.1934

Von Almas Kindheit ist wenig bekannt, da die Eltern von den Nationalsozialisten ermordet wurden. Vom 4. - 10. Lebensjahr war sie bei verschiedenen Familien versteckt. 1948 wanderte sie nach Südamerika aus, wo sie im Alter von 14 Jahren zum ersten Mal die Schule besuchte. Sie heiratet einen debilen Mann. Bei ihr selbst wird 1965 eine weit unterdurchschnittliche Intelligenz (J.Q.: 70) und ein "völlig eingeengter Personalaffekt" festgestellt. 1973 sind beschrieben: nervöse Gesichtszuckungen, Schwachsinn, dessen Genese offen bleibt. Geringe Merkfähigkeit. Sie kann nicht mit Geld umgehen, weil sie sich immer verrechnet. Sie lebt mit ihrer Familie in der Familie ihres Schwiegervaters. Sie hat ein gesundes, ein schwachsinniges und ein epileptisches Kind geboren. Eine Bekannte bestätigt, daß Alma V. bis zum 4. Lebensjahr ein "normales spielfreudiges Kind" gewesen sei.

Nr. 14 s.S. 85

Nr. 15 s.S. 64

Nr. 16 R.M., weibl., geb. am 20.1.1938

Im September 1944, als Rahel 6;8 Jahre alt war, mußte sich die Familie im Wald verstecken in der Tatra. Zuerst fanden sie Unterschlupf in einer alten Hütte, wo sie aber nicht bleiben konnten, weil hier schon zu viele Menschen zusammengepfercht waren. Rahel erlebte in dieser Hütte, wie eine Frau wahnsinnig wurde und ein Mann starb; es wurde erwogen, von der Leiche zu essen, so knapp war die Nahrung. Die Familie M. grub sich dann ein Loch in der Erde, wo sie bis zur Befreiung im April 1945 versteckt ausharrten. Rahel kam sofort ins Krankenhaus wegen "Hautinfektionen". 1949 wanderte die Familie nach Montreal aus; Rahel konnte sich, jetzt 11 jährig, nicht anpassen und war immer allein. Später ist sie viel deprimiert und findet keinen Sinn im Leben, weint bei geringfügigen Anlässen. Sie besitzt eine durchschnittliche Intelligenz, hat den Bachelor of Arts gemacht; sie fühlt sich wohl in der überbesorgten Familienatmosphäre ihrer Eltern und kann keinen Kontakt zu anderen Menschen finden.

Nr. 17 P.A., geb. 8.3.1934

Im Alter von 6-10 Jahren lebte Perez im Ghetto mit ihren Eltern. 1942 kam der Befehl, alle Kinder unter 10 Jahren zu sammeln. Da sie überdurchschnittlich entwickelt war, wurde sie für 10 angegeben und mußte daher - mit 8 Jahren - im Hausschuhressort Zwangsarbeit leisten mit der Norm für Erwachsene.
Im August 1944 wird sie mit den Eltern in das KZ Auschwitz gebracht. Bei der Ankunft erhält sie von einer SS-Frau einen Schlag ins Gesicht, wovon bis heute eine Ambliopie geblieben ist.
1974 wird folgendes festgestellt: depressiver Verstimmungszustand mit gelegentlichen Kopfschmerzen bei einer intellektuell unterbegabten Persönlichkeit. Weitere Befunde: grober Tremor, Lidflattern, Nägelkauen, Angsträume, Schlafstörungen, Magenbeschwerden.

Nr. 18 R.L., weibl., geb. am 10.8.1932

Als Rita ein Jahr alt war, starb der Vater, mit 9 Jahren verlor sie die Mutter durch einen Autounfall. Der 10 Jahre ältere

Bruder des jetzt vollwaisen Mädchens wird von den Nationalsozialisten erschossen. In dieser Situation kam sie von 1941 bis 1944 in das Zwangsarbeitslager Luczinetz (Rumänien).

Es liegt uns in diesem Fall eine besonders ausführliche Schilderung der dortigen Umstände durch einen Zeugen vor (Zeugnis von Dr. A.S.):

"Gestützt auf meine persönlichen Erfahrungen und Wahrnehmungen kann ich über die Verhältnisse in diesem Lager Folgendes berichten:

Das in Luczinetz, Transnistrien, errichtete Lager bestand aus von früheren Einwohnern dieser Ortschaft verlassenen, durch die Kriegsereignisse teilweise zerstörten und halbverfallenen Häuschen, in denen die Lagerinsassen in der Regel bis zu 20 Personen in einem Raum untergebracht waren. Die Häuschen hatten zum großen Teil keine Fensterscheiben. Die Fenster waren in solchen Fällen mit Holzbrettchen, Kartons etc. verschalt. Die Häftlinge lagen durchwegs auf dem nackten Lehmboden.

Das Lager war mit Stacheldraht umzäumt. Die Lagerinsassen waren von der Außenwelt streng isoliert.

Erschießungen von Häftlingen durch deutsche Patrouillen, die von starkem Hunger getrieben, heimlich in den umliegenden Gehöften um Nahrung bettelten oder Nahrungsmittel gegen getragene Kleidungsstücke einzutauschen versuchten, sind mir bekannt.

Einheiten der Waffen-SS besuchten sehr häufig das Lager und nahmen Aushebungen von Lagerinsassen zur Zwangsarbeit jenseits des Bugflusses nach ihrem Gutdünken vor.

Die Lebensbedingungen im Lager waren in einem heute undenkbaren Ausmaße erschwert: Es herrschte Hunger, Nahrung: Fast durchwegs Kartoffelschalen - dünne Maismehl- oder Gräsersuppen. Die sanitären Verhältnisse waren grauenhaft. Typhuskranke oder Leichen von an Typhus Gestorbenen lagen im selben Raum nebeneinander mit noch Nichtkranken. Die Leichen wurden oft tagelang nicht entfernt. Das ganze Lager litt an dyspeptischen Krankheiten. Gastroenteritische sowie infektiöse Darmleiden ebenso wie Dysenterie waren in den Sommern an der Tagesord-

nung, da nur eine Wasserversorgungsstelle (Brunnen) vorhanden war, die infolge der hygienischen Verhältnisse infiziert war. Latrinen waren nicht vorhanden. Jeder besorgte seine Notwendigkeiten beim Haus. Hautkrankheiten kamen auch besonders im Sommer zum Vorschein.

In überwiegend großer Zahl kamen Kälteschäden, wie: abgefrorene Finger und Zehen sowie Blutzirkulationsstörungen mit Wunden und ulzeröse Erscheinungen vor. Der größte Teil der Lagerinsassen litt an rheumatischen Erkrankungen.

Alle diese Krankheiten konnten ärztlich nicht behandelt werden. Es fehlte an den primitivsten Heilmitteln.

Durchwegs alle Lagerinsassen waren verlaust.
Ein Spital befand sich außerhalb des Lagers, das aber nur für die Aufnahme und Behandlung von Ukrainern bestimmt war.

Zwangsarbeiten wurden in der Regel von den Häftlingen in der Umgebung des Lagers täglich ausgeführt.

Die Zwangsarbeitergruppen verließen bei Morgengrauen das Lager und kehrten abends ins Lager zurück.

Sie standen ständig teils unter deutscher, teils unter rumänischer Militärbewachung je nach Arbeitsort und dem Arbeitsbedarf.

Ein großer Teil der Sterbefälle ist einerseits auf die oben erwähnten Aushebungen der Waffen-SS zur Zwangsarbeit im Gebiet jenseits des Bugflusses (Brückenbau in Nikolajew-Trichati), von der die Häftlinge zu gut 90 % nicht mehr zurückkehrten, andererseits auf die Verherrungen infolge der Fleck- und Bauchtyphusepidemien zurückzuführen.

Wie hoch die Sterblichkeitsquote wegen dieser unmenschlichen Verhältnisse im Lager Luczinetz war, erhellt die Tatsache, daß im Herbst 1941 in dieses Lager ungefähr 15.000 Häftlinge eingeliefert wurden, von denen im Frühjahr 1944 kaum 2000 das Lager verließen.

Nur ein geringer Teil dieser Häftlinge wurde während der Verfolgungsperiode an andere Lager überstellt."

1946 nahm Rita, 14-jährig, Beruhigungsmittel. 1948 wird sie zweimal stationär aufgenommen zur Behandlung von sekundärer

Amenorrhoe und schweren hysterischen Krisen. 1952 traten erstmals Zwangshaltungen auf. Die Zwangsängste enthalten die Vorstellungen, sich an Schmutz zu infizieren. Die Patientin kann nicht an Kanaldeckeln vorbeigehen, benutzt einen Topf anstatt des WC aus Angst vor der Nähe des Abflusses, und die Angehörigen müssen sich einer Reinigungszeremonie unterwerfen.

Nr. 19 männl., geb. 6.3.1934.

Richard muß 1942 den Judenstern anlegen. Der Vater wird exportiert, die Mutter gibt ihn in ein Kinderheim und taucht selbst unter. In diesem Heim sei er mangelhaft ernährt worden. Als Jude wurde er separiert und schlecht behandelt. Er mußte allein in einer Dachkammer schlafen und durfte nicht am Unterricht teilnehmen. 1944-1945 war er ein Jahr in einem Waisenhaus. 1945-1948 litt er an nervösen Störungen wie Angstanfällen, Schlafstörungen und übermäßiger Reizbarkeit. 1949-1957 stand er in Behandlung wegen rezidivierender Magen ulcera. Es wurde Nägelkauen festgestellt. 1948 wanderte die Mutter mit ihm nach Australien aus und bringt den 14 Jährigen wieder für drei Jahre in ein Waisenhaus, da sie sich nicht um ihn kümmern kann. Er versuchte dann, Musik zu studieren, bestand auch die Aufnahmeprüfung, mußte aber das Studium wegen Migräne und Konzentrationsschwierigkeiten wieder aufgeben. Seit 1966 unterstützt ihn seine Mutter nicht mehr, da sie geschieden ist. Im gleichen Jahr erleidet er einen "Nervenzusammenbruch" durch den Verlust seiner Freundin und hat Selbstmordabsichten. Einige Jahre fuhr er zur See. Insgesamt werden festgestellt: vegetative Dystonie, hyperacide Gastritis mit rezidivierenden Magen ulcera.

Nr. 20 s.S. 82

Nr. 21 D.S., weibl., geb. am 15.3.1930

Dora kommt 1940 mit ihrer Familie ins Ghetto. Es herrscht dauernde Angst vor der Deportation. Durch Abgabe von Wertgegenständen (Bestechung) gelingt es im Februar 1943, aus dem Ghetto zu flüchten. Die Familie kann sich bei ihnen bekannten Bauern in einem Bunker verstecken, der mit Zweigen getarnt wird. In die-

sem Versteck lebten sie 22 Monate unter den schwersten Bedingungen. Vor allem die Dunkelheit, Kälte und Nässe waren quälend. Dora war in dieser Zeit 12;11 - 13;9 Jahre alt. Sie stand seit ihrer Einwanderung nach Israel (1949) in ärztlicher Behandlung wegen Gelenkrheuma, Angstzuständen und allgemeinen vegetativen Störungen.

1971 wird bei der jetzt 41 jährigen Frau eine Angstneurose mit deutlicher depressiver Verstimmtheit und deutliche Zeichen einer mangelhaften Persönlichkeitsentwicklung bzw. Reifung bei gleichzeitiger körperlicher Voralterung (Asynchronie) festgestellt.

Nr. 22 K.W., weibl., geb. 18.7.1930

Katja erkrankte mit 7 Jahren an Poliomyelitis. Sie wurde intensiv heilgymnastisch behandelt, sodaß sie 1939 bereits wieder auf Krücken gehen konnte, weitere orthopädische Maßnahmen waren in London vorgesehen; durch die Verfolgungs- und Kriegsereignisse brach ihre Behandlung ab. 1940 kam die Familie ins Ghetto Warschau (der Vater fiel im Krieg). Die Großeltern wurden 1941 abportiert, sodaß Katja tagsüber allein war, da die Mutter arbeiten mußte. Dabei waren Gestapo-Besuche stets zu befürchten,und bei einem der Besuche zielte ein Gestapo-Mann auf die gelähmte Katja mit dem Revolver und sagte: "so etwas dürfte man nicht am Leben lassen". Im Februar 1943 wurde sie, in einen Transport von Typhus-Wäsche versteckt, aus dem Ghetto geschmuggelt und lebte bis Juli 1944, zusammen mit ihrer Mutter und ihrem Bruder, versteckt in Kellern und zuletzt zwischen den Mehlsäcken eines Müllers. Wenn Razzien drohten, wurde die gelähmte Katja von der Mutter in den Wald getragen, wo sie sich einige Tage verstecken mußten. Die Todesangst sei durch die körperliche Hilfslosigkeit besonders gesteigert gewesen. Ab 1945 wurde erst wieder eine orthopädische Behandlung aufgenommen. Die vernachlässigte Behandlung machte 4 Operationen notwendig. Weitere Folgen: Verhinderung des Schulbesuchs, sie lernte nur von der Mutter während der Verfolgung Schreiben und Lesen. 1947 reiste sie mit ihrer Mutter über Schweden nach Rio de Janeiro.

Es werden 1966 festgestellt: Angstneurose mit reaktiver Depression, Desinteresse an der Umwelt, Neigung zum Weinen, Erregbarkeit, Angstträume u.a., Muskeldystrophie infolge der Behandlungsunterbrechung zwischen dem 10. und 15. Lebensjahr, 1945 war sie bereits schwerstens deformiert. Mehrere Operationen (Versteifungen) wurden erforderlich. Sie geht 1966 mit einem orthopädischen Apparat und einem Stock sehr mühsam.

Nr. 23 S.G., männl., geb. am 11.7.1922.

Bei dem im Alter von 19 bis 23 Jahren verfolgten Siegmund G. wurde 1959 und 1961 festgestellt: leichte Ermüdbarkeit, Depressionskrisen, Angstträume. Es wird betont, daß der Patient seine Beschwerden ohne Übertreibung schildere.

Die Vorgeschichte war uns in diesem Fall nicht verfügbar.

Nr. 24 T.L., männl., geb. am 16.10.1928.

Theodor L. ,ußte ab Januar 1940 den Judenstern tragen und wurde zur selben Zeit in ein Zwangsarbeitslager gebracht, wo er 11 jährig in einer Klempnerei arbeiten mußte. Dabei erlitt er einen schweren Arbeitsunfall am Arm mit anhaltender Bewußtlosigkeit. Nach 3 Wochen Krankenstube muß er weiterarbeiten. Im Juni 1943 wird er nach Auschwitz gebracht und von den Eltern getrennt. Die Angstsymptome seien zum ersten Mal 1943 aufgetreten. Sie seien stärker geworden,nachdem er die Erhängung von vier Freunden hatte mit ansehen müssen. 1944 habe er der Erschießung eines weiteren Freundes beiwohnen müssen. Seither habe er Schmerzen im Bauch. Im Januar 1945 wurden sie auf den Todesmarsch geschickt. Ohne richtige Schuhe bei strengster Kälte wurden 5000 Menschen mit Beschimpfungen, Tritten und Gewehrkolbenschlägen auf einen tagelangen Marsch gesetzt, auf dem etwa die Hälfte der Menschen zugrunde ging. Wenn jemand nicht weiterkonnte, wurde er erschossen. Die Übriggebliebenen wurden in Viehwaggons ohne Verpflegung in das KZ Buchenwald gebracht. Dort wurde Theodor im Alter von 16;6 Jahren befreit. Von seiner Familie fand er nur noch seine Schwester.

Am 25.10.1948 landete er in Australien. 1949-1951 stand er wegen Angstneurose und Depressionen in ärztlicher Behandlung. Er klagte damals auch über allgemeine Schwäche, Kopfschmerzen, Schwindel, Schweißausbrüche, Alpträume. 1952-1966 stand er wegen derselben Beschwerden (bei einem anderen Arzt) in Behandlung. 1948-1953 war er Büroangestellter, seit 1953 ist er Leiter und Mitbesitzer einer Handtaschenfabrikation.

Nr. 25 R.H., männl., geb. am 25.7.1930.

Mit 11;8 Jahren kam Reinhold H. in das Ghetto Theresienstadt. Er wurde von seinen Eltern getrennt und konnte sie nur gelegentlich sehen. Im August 1943 ist sein Vater an Hungerdystrophie gestorben. Von März 1942 bis Mai 1944, im Alter von 11;8 - 13;10 Jahren) mußte er Zwangsarbeit leisten. Im Mai 1944 kam er in das KZ Auschwitz. Dort wurde er oft mißhandelt und litt unter Hunger und ständiger Todesangst. Im Juli 1944 wurde seine Mutter dort vergast. Bei der Befreiung habe er Typhus gehabt. Im Mai 1948 wanderte er nach Kanada aus. 1956-1969 wurden festgestellt: schwere Depressionen, Schlafstörungen, Alpträume; 1972: er habe eine hohe Intelligenz, sei aber wegen leichter Irritierbarkeit behindert. Er gibt sich hart, was der Untersucher als Fassade betrachtet. Er könne kein gegrilltes Fleisch riechen und keine Menschen mit kurz geschnittenem Haar sehen, ohne von Erinnerungen heimgesucht zu werden. Als Diagnose wird "chronisches Angstsyndrom mit depressiven Zügen" gestellt. 1974 wird sein Zustand von einem anderen Untersucher als organisches Psychosyndrom nach Typhus-Encephalitis aufgefaßt. Er hält an einer pubertären Ressentiment-Haltung gegenüber "allen Ärzten", besonders deutschen, fest und weist dazu auf Dr. Mengele hin, den "Arzt" in Auschwitz.

Nr. 26 s.S. 92

Nr. 27 E.K., männl., geb. am 27.5.1929.

Im Alter von 12 Jahren wurde Erich mit Eltern und Geschwistern aus seinem Heimatort in der CSSR nach Polen deportiert, gelangte aber durch Flucht wieder in die Heimat. 1944 kam die

Familie wieder in ein Ghetto und gelangte dann über verschiedene KZ, u.a. Auschwitz und Buchenwald, in das KZ Magdeburg, wo er von Juni 1944 bis Mai 1945 (16 Jahre alt) war. Die Mutter starb in Auschwitz. Kurz vor der Befreiung wurde er durch Gewehrkolbenhiebe eines SS-Mannes am Kopf verletzt und in einem Behelfslazarett behandelt. In seine Heimat zurückgekehrt, war das Besitztum des Vaters enteignet. Er ging nach Prag und lernte das Juwelierhandwerk. 1949 flüchtete er nach Österreich, 1950 wanderte er nach Australien aus. 1953 heiratete er. 1951 werden festgestellt: Angstneurose mit Symptomen der Schlafstörung, Kopfschmerzen, Konzentrationsmangel, Tremor, Anämie, Untergewicht aufgrund von nervöser Dyspepsie. Im wesentlichen dieselben Beschwerden wurden 1952-1957 festgestellt; der Zustand habe sich insgesamt gebessert. 1970 wird festgestellt: er könne mit Unterbrechungen 4-5 Stunden pro Tag arbeiten. Leichte Erschöpfbarkeit, der Patient weint während der Untersuchung und schwitzt stark.

Nr. 28 L.L., männl., geb. am 22.11.1928.

Mit 11 Jahren muß Leon die Schule verlassen. Seit dem 14. Lebensjahr (1938) wird er zu schweren Zwangsarbeiten beim Autobahn- und Eisenbahnstreckenbau in den Zwangsarbeitslagern Neukirchen, Maschowitz und im KZ Langenbielau herangezogen. Im Mai 1945 wird er befreit. Seine Eltern und sein Bruder sind umgekommen. 1948 wandert er nach Israel aus. 1960 werden festgestellt: Übelkeit, Erbrechen, ;Angstzustände mit depressiven Zügen und schwere Kontaktstörung. 1960 treten außerdem Anfallszustände auf, die mit Schüttelfrost, "Ameisenlaufen" und Atembeschwerden einhergehen. Der Versuch einer Diagnose ex juvantibus mit Antiepileptika bleibt erfolglos. Die Schädelaufnahme ist ohne Befund.

Nr. 29 M.L., männl., geb. am 29.1.1931.

Michel erlebte mit 12;3 Jahren, wie seine Eltern von der Gestapo verhaftet und abtransportiert wurden (April 1943). Er und sein Bruder konnten zu einer Freundin der Eltern entkommen. Dort wurde er auf dem Speicher und im Keller versteckt gehal-

ten bis 1945. Da die Gestapo ihre Razzien vor Mitternacht und vor Tagesanbruch machte, hat sich Michel angewöhnt, in diesen Zeiten nicht schlafen zu können.

Befunde der folgenden Jahre 1945-1949: aggressive Verhaltensstörungen in der Schule und Alpträume. Er lebte in dieser Zeit in einem Heim. 1949-1955 Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Angstneurose. 1955-1964: Beklemmungszustand, Schlafstörungen, Dyspepsie. 1970: Neurose mit Alpträumen, psychosomatische Kopfschmerzen, Erregbarkeit. Er hatte Ingenieur werden wollen, was wegen seiner Beschwerden und wegen Mangel an Geld nicht möglich gewesen sei.

Nr. 30 J.F., weibl., geb. am 7.11.1927, s.S. 93

Nr. 31 M.C., weibl., geb. am 8.8.1926.

Miriam wurde im Oktober 1940, mit 14;2 Jahren, in das Warschauer Ghetto eingewiesen, wo sie in einer deutschen Firma Schwerarbeit leisten mußte. Im März 1943 gelingt die Flucht und sie taucht unter in ein Versteck, in dem sie in einer typischen Anne-Frank-Situation leben muß. Sie lebte im Versteck mit ihren Eltern. 1948 heiratete sie in England, 1950 wanderte sie nach Australien aus.

1945-1966 werden Depressivität, Schlafstörungen, Kopfschmerzen in zunehmendem Maße beschrieben, derart, daß sie, um die Hausarbeit zu verrichten, mehrmals am Tage ruhen müsse. 1972: zu den obigen anhaltenden Beschwerden: Angstzustände, Konzentrationsschwäche, Magen-Darmbeschwerden. Die vegetativen Beschwerden traten offenbar erst nach der Umsiedlung nach Australien auf. Fachpsychiatrische Behandlung wurde von der Patientin nicht aufgesucht.

Nr. 32 s.S. 92

Nr. 33 M.S., weibl., geb. am 7.10.1929.

Die Verfolgung von Maria S. begann im April 1944 in Budapest. 3 Monate Tragen des Sternes, 4 Monate im "Judenhaus", 2 Monate im Ghetto sind die Stationen ihrer Verfolgung. 1971 be-

schreibt die Patientin zahlreiche körperliche Grausamkeiten, unmenschliche Behandlungen und sachistische Bestrafungen. Von ihrer Mutter wurde sie mehrfach getrennt. Nach dem Tod des Vaters 1946 haben die Depressionen begonnen. 1950 heiratete sie und wanderte nach Canada aus. 1952 und 1959 gebar sie zwei Kinder, von denen das eine Schizophrenie hat und das andere leicht antistisch ist. Frau S. steht seit September 1970 erstmals in psychiatrischer Behandlung. Sie klagt über Alpträume, Depressionen, Kopfschmerzen. Sie fürchtete sich vor Scheren, Messern, Rolltreppen u.a.

Nr. 34 S.K., weibl., geb. am 20.3.1925.

Mit 16 Jahren, 1941, begannen die antijüdischen Maßnahmen für die Patientin in Zagreb. Nach einem Raubüberfall durch deutsche Soldaten, bei dem sie große Angst auszustehen hatte, floh die Familie im März 1942 und wanderte im Mai 1943 nach Argentinien aus.

1943-1955 wurde sie wegen folgender Leiden behandelt: Chronisches Rheuma, neurovegetative Beschwerden, Schlafstörungen, Psychoneurose mit Depressionen und Angstzuständen. 1969 fachpsychiatrisches Gutachten: tiefe Angstneurose, zurückzuführen auf die Verfolgung und die Adaptionsschwierigkeiten in Argentinien ("Wir lebten friedlich mit den Nachbarn in Jugoslawien. Hier in Argentinien wird es nie dasselbe sein").

Nr. 35 A.M., männl., geb. am 2.10.1923.

Mit 16;0 Jahren wird der Patient von der Gestapo in russisches Gebiet verfrachtet, wo er sofort verhaftet und in ein Gefängnis gebracht wurde. Im Juni 1940 wurde er in ein Zwangsarbeitslager gebracht, wo er Schwerarbeit im Wald zu leisten hatte. Hunger und Kälte seien die schlimmsten Umstände damals gewesen. Bei einer 12 ständigen Arbeitszeit bekamen sie 60 g Essen pro Tag.
1966: Sodbrennen, Verdauungsbeschwerden, Bronchitis, Asthma, Schlafschwierigkeiten, depressive Angstneurose. Wegen des Asthmas "muß er ständig Cortison nehmen". Wenn sich das Asthma auf dem Boden der chronischen Bronchitis, die er in Rußland erworben hatte, entwickelt hat, dann besteht ein indi-

rekter Verfolgungszusammenhang der Angstneurose, in dem sich beide Vorgänge - Angstneurose und Asthma - i.S.e.
verstärken. Nach verschiedenen Lageraufenthalten 1946 - 1951 wanderte er 1951 nach Australien aus.

Nr. 36 E.N., männl., geb. am 13.3.1924.

Edgar N. kam in seiner Heimat (CSSR) mit 18 Jahren ins KZ Ilava, wo er Schwerarbeit leisten mußte, ohne an körperliche Arbeit gewöhnt zu sein. 1944 ergriff er die Flucht zu seinen Eltern und versteckte sich mit ihnen im Gebirge. Sie wurden aber von deutschen Truppen entdeckt und mißhandelt. Nach der Befreiung 1945 wanderte er aus nach Venezuela. 1948/49 war er in Behandlung wegen erhöhtem Blutdruck und Psychoneurose. 1951-1954 war Herr N. in Behandlung wegen hochgradiger Nervosität, Schlaflosigkeit, Angst, Depressionen, Gedächtnisschwäche, Verdauungsstörungen u.a. Seit 1954 bei einem anderen Arzt wegen derselben Beschwerden bis 1961. Ausführliches Gutachten im Rahmen des Klageverfahrens 1971: Herr N. ist depressiv, zeigt eine Unsicherheit, die er mit stereotypem Lächeln und übertriebener Mimik zu verbergen versucht. Nach dem Krieg war er unfähig, seine Studien so fortzusetzen, wie zuvor. Dieser Leistungsunterschied beschäftige ihn heute ständig. Die Testgeschichten sind rein vergangenheitsbezogen und depressiv. Ein Formdeutetest (Rohrschach) weist auf einen neurotischen Prozeß. Die bis heute bestehende vollständige emotionelle und ökonomische Abhängigkeit von den Eltern im Alter von 47 Jahren, die Tatsache, daß er niemals verheiratet war und die Tatsache, daß er das einzige Mal, als er berufstätig war, das Geschäft sofort aufgab, als sein Bruder, mit dem er es führte, nach den USA auswanderte - all das weist auf eine schwerwiegende Stagnation des Reifungsprozesses auf dem Stand nach Kriegsende.
Diagnose: chronische Depression neurotischen Charakters.

Nr. 37 A.J., weibl., geb. am 4.2.1924.

Agathe war von August 1942 bis Januar 1945, also mit 18;6 bis 20;11 Jahren, im Zwangsarbeitslager Czenstochau. 1964 wird bestätigt, daß Frau J. von 1947 bis 1951 wegen Kopfschmerzen, Schlafstörung, Angst und Verdauungsbeschwerden behandelt wur-

de. Auch ab 1952 wurde sie deswegen fortlaufend behandelt. Sie eröffnete 1956 ein Kleidergeschäft, das sie heute noch führt. 1972 wird eine ängstliche, depressive Persönlichkeit festgestellt.

Nr. 38 L.S., weibl., geb. am 2.1.1924.

Der Vater von Liane war Sägewerksbesitzer und hatte über 100 Beschäftigte. Sie besuchte das Gymnasium und hatte eine Kindheit und Jugend, in der jeder Wunsch erfüllt werden konnte: Schwimmen, Tennis spielen und Reiten waren ihre Freizeitbetätigungen. Da sie gut war in der Schule, wollte sie studieren. Da wurde die Stadt Vieul de Sus von den Deutschen besetzt und sie kam in das Ghetto 1943. Sie war 19 Jahre und mußte nun schwere Zwangsarbeiten wie Straßenbau u.ä. verrichten. Im Mai 1944 Deportation in das KZ Auschwitz. Sie werde diese unbeschreiblichen Szenen nie vergessen. Ihre Angehörigen habe sie seit der Einlieferung dort nicht mehr gesehen. Die Brutalitäten seien unvorstellbar gewesen. Sie sei schwer krank geworden.

Januar 1944 kam sie in das Zwangsarbeitslager Salzwedel, wo sie 12 Stunden-Schichten hatte mit 15 Minuten Pause in der Munitionsfabrik. Nach der Befreiung litt sie an schwerstem Typhus abdominalis, kam dann 1946 nach Frankreich, 1947 nach Bolivien, dann nach Argentinien, wo sie bis 1954 blieb, aber dann bis 1957 in Brasilien lebte; seither lebt sie wieder in Argentinien.

Befunde: 1945 wog sie 35 kg, seit 1947 in Behandlung wegen depressiver Psychoneurose, starken Kopfschmerzen, PCP, chronischer Enterokolitis, Sehstörungen. 1971: Deutschliche Verschlimmerung der PCP, Voralterung, depressiv-angstneurotische Persönlichkeit.

Nr. 39 s.S. 93

Nr. 40 C.S., weibl., geb. am 20.1.1921.

Frau Steinkranz wohnte 1941 beim Einmarsch der detuschen Truppen im Kreis Tarnopol in Polen. Sie war 20 Jahre alt. Nach kurzer Zeit kam sie im September 1941 in das ZAL Zloczow.

Als im Mai 1943 ihre 3 Brüder aus einem anderen Lager flohen, kam sie 2 Wochen in Einzelhaft und wurde mißhandelt. Am 14. Juli 1943 floh sie und lebte bis Juli 1944 in einem Stall versteckt, wo sie nur sehr wenig zu essen bekommen konnte. Zudem mußte sie in dem Stall in einer Grube leben, die man für sie aushob.

1966: sie habe Kopfschmerzen, könne nicht schlafen und habe furchtbare Träume. Sie sehe ihre Angehörigen im Traum und erwache schwitzend und schreiend. Sie sei deprimiert und befürchte immer, daß etwas Schlimmes bevorstehe. Mit Fremden komme sie sehr schlecht aus. 1974 außer dem vorigen Magen-Darmbeschwerden: Magenkrämpfe, Verstopfung und Durchfall.

Nr. 41 J.M., männl., geb. am 15.4.1923.

Josef M. war von September 1939 - August 1944 im Ghetto Lodz, wo er sich durch Zwangsarbeiten imWinter ohne richtiges Schuhwerk die Zehen abgefroren habe. Im Januar 1941 wurde er von einem SS-Mann mit einem Gummiknüppel bewußtlos geschlagen, wobei ihm auch viele Zähne ausgeschlagen wurden. Im August 1944 konnte er aus dem Ghetto fliehen. Von August 1944 bis zur Befreiung im Januar 1945 war er versteckt in einem feuchten Keller; 1962 gab er an, seit der Kopfverletzung an Kopfschmerzen, Brechreiz und Schwindel zu leiden. Gedächtnisschwäche, Alpträume, Kontaktschwäche, depressive Zustände u.a.
1961: normal.

Nr. 42 J. Ch., weibl., geb. am 1.1.1927.

Ilse Ch. war nur relativ kurz der Verfolgung ausgesetzt, aber in einer Phase des Nazismus, in welcher sich der Sadismus und der Vernichtungswille ungehemmt auslebte: Im August 1944 wurde sie verhaftet und bei den Verhören gefoltert. Dies dauerte 14 Tage lang. In derselben Zeit wurde sie gezwungen, die Mißhandlungen an ihrer Schwester mit anzusehen. Es schlossen sich

6 Wochen im KZ Kistorcza an, wo sie auf Betonboden schlafen mußte. Tagsüber mußten sie Feldarbeit bei Bauern verrichten, bekamen im Lager nichts zu essen, aber bei den Bauern sehr schweres Essen. Sie erkrankte an Gelbsucht.

Im Vordergrund stehen 1972 schwerere Magen-Darmbeschwerden mit Durchfällen; die kontinuierlich seit 1945 nachgewiesen sind. Psychischer Befund: Angstzustände, besonders bei Menschenansammlungen, Angstträume, leichte Erregbarkeit, Depressionszustände mit Neigung zum Weinen, leichte Ermüdbarkeit.

Nr. 43 S.R., männl., geb. am 23.5.1923.

Herr Stiere R. wurde mit 16 Jahren im Ghetto zu Zwangsarbeiten herangezogen. Er war auf der Gerberei-Fachschule zuletzt gewesen. Dann kam er ins KZ, wo er in einer Waffenfabrik arbeiten muß. Anfang 1944 sei er in das KZ Vaihingen/Enz gekommen. Wie schon vorher sei er auch hier viel geschlagen worden. Hier wurde er einmal von einem SS-Offizier mit einer Lederpeitsche, die eine Bleikugel am Ende hatte, am ganzen Körper geschlagen und blieb danach 24 Stunden nachts in einem nassen kalten Zimmer liegen. Er habe das Bewußtsein verloren. In demselben KZ sei sein Vater gestorben. Er habe zusehen müssen, wie man seinem Leichnam das Gold aus dem Mund herausriß. Nach der Befreiung habe er 40,5 kg gewogen und 3 Monate Krankenhausaufenthalt benötigt. 1947 sei er in die USA gegangen und habe als Bügler angefangen, was er heute noch mache, was ihn aber deprimiere. 1947 hat er geheiratet und 2 Kinder. 1967 klagt er über Schlafstörungen durch Angstträume, Kopfschmerzen, zieht sich vor Menschen zurück, er sei außerordentlich leicht erschöpft, auch sehr vergeßlich.

F) Zusammenfassung

An Hand von 43 Fällen von nationalsozialistisch verfolgten Juden (Aktengutachten) werden Spätschäden untersucht. Das Alter zur Zeit der Verfolgung lag zwischen 0 und 21 Jahren. Bei den in früher Kindheit verfolgten fanden wir gehäuft Denkstörungen (Konzentrationsschwäche, verminderte Merkfähigkeit, verminderte Intelligenz) und mangelhaft entwickelte soziale Fähigkeiten (Kontaktschwäche, zu starke Abhängigkeit von den Eltern im Erwachsenenalter) und gehäuft Fälle von unvollständiger Reifung (psychischer Infantilismus). Dieses Bild wurde besonders durch die im Alter von 0-3 Jahren Verfolgten geprägt. Bei dieser Altersgruppe liegt auch der Schwerpunkt der Untersuchung. Aetiologisch kommen hierfür vor allem qualitativer und/oder quantitativer Hospitalismus, frühkindliche Hirnschädigung und die Kaspar Hauser-Situation als sich durchdringende und überlagernde Teilursachen in Betracht. Auch die Bedeutung der Schwangerschaft unter Verfolgungsbedingungen für das Kind wird diskutiert. Die vielfältigen Ursachen der Überdauerung dieser Schäden bis ins mittlere Erwachsenenalter werden erörtert. Brückensymptome können dann fehlen, wenn es sich um Schäden handelt, deren Manifestation erst in der sozialen Situation des Erwachsenen möglich ist (z.B. kompensierte Kontaktunfähigkeit, solange der Patient in der Familie der Eltern lebt). Bei den während und nach der Pubertät Verfolgten weist die Stimmungslage eher zur Depression und Antriebsarmut, während bei den vor der Pubertät Verfolgten die ängstliche Übererregbarkeit überwiegt.

Der geschichtliche Hintergrund des Nationalsozialismus wird als verpflichtender Anlaß genommen, anthropologische Ansätze aufzusuchen, deren Resultate das Interesse am Menschen beleben können. Die Medizin braucht solche Ansätze, wenn der Impuls der Hilfeleistung nicht immer mehr an Inhalt verlieren soll.

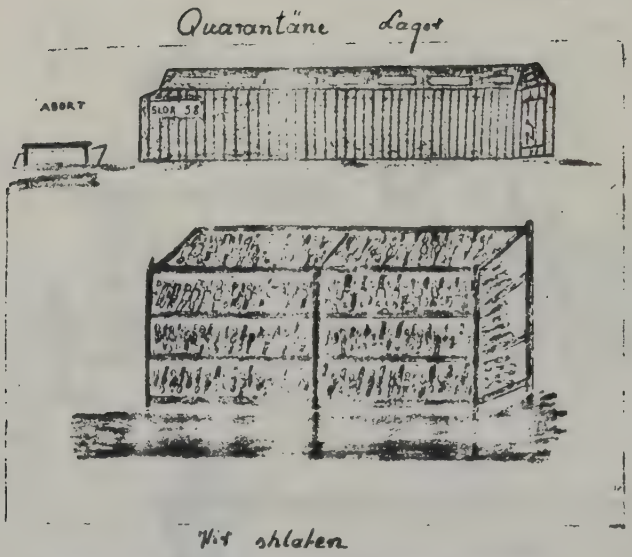
G) Kinderzeichnungen aus Ghetto und Konzentrationslagern

Aus: Inge Deutschkron: "Denn ihrer war die Hölle",
Köln, Verlag Wissenschaft und Politik
1965.

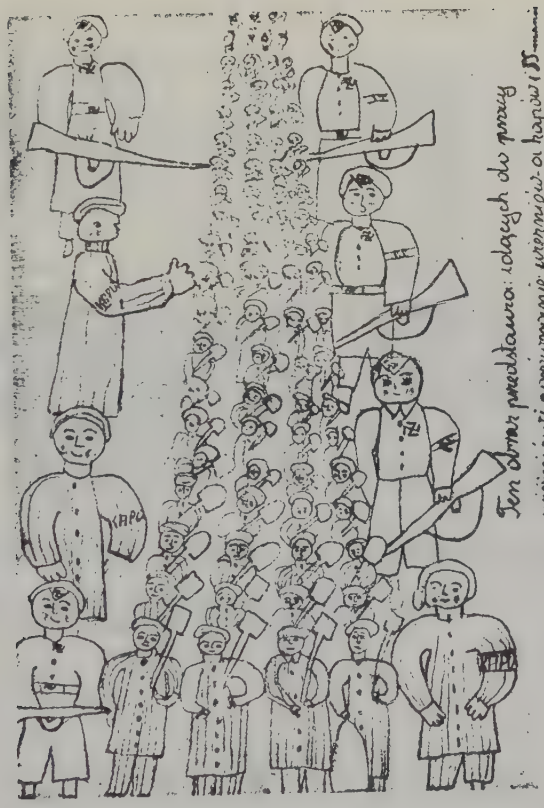
Mit freundlicher Genehmigung des Verlages.

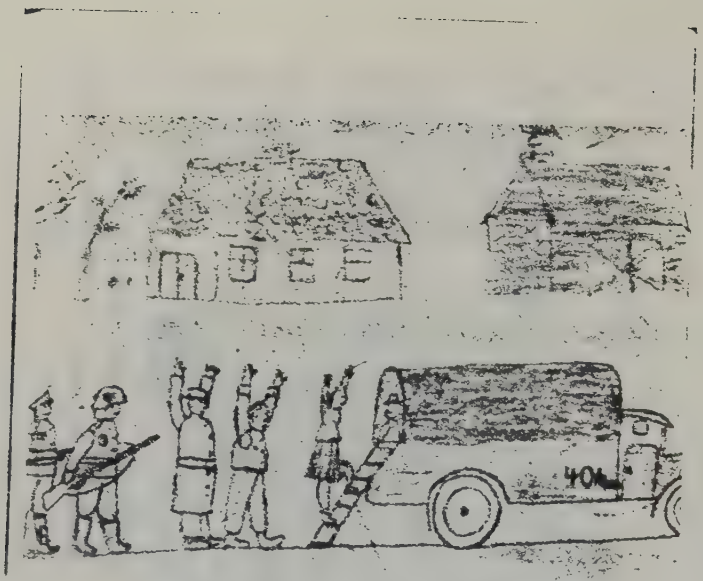
Zeichner unbekannt – mit Genehmigung von Kalman Landau dem Buch »Children of Europe«, V. Gollancz Verlag, London, entnommen.

Zeichnung von A. Wiśniowski – mit Genehmigung von »Przekrój«.



Zeichner unbekannt – mit Genehmigung von Kalman Landau dem Buch »Children of Europe«, V. Gollancz Verlag, London, entnommen.


Ten dzień przedstawia: odjazdy do pracy
więźniów pomocników więźniów oraz kapo

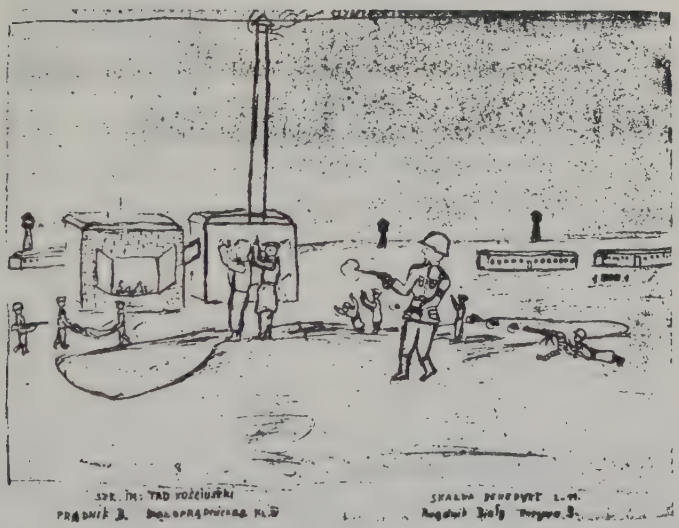


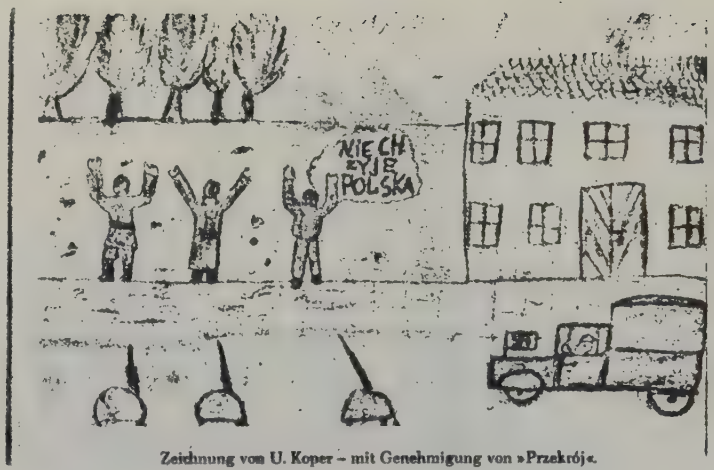
Zeichnung von M. Kapala – mit Genehmigung von Przekrój«.

Mit Genehmigung von Zachodnia Agencja Prasowa dem Buch von Kiryl Sosnowski »Dziecko w systemie hitlerowskim« entnommen.

Mit Genehmigung von Zachodnia Agencja Prasowa dem Buch von Kiryl Sosnowski »Dziecko w systemie hitlerowskim« entnommen.

Zeichnung von B. Skalka – von Mieczyslaw Kieta, Krakau, der Autorin übergeben.





Zeichnung von U. Koper – mit Genehmigung von »Przekrój«.

Zeichnung von Jehuda Bacon.

Zeichnung von B. Brochocki – mit Genehmigung von »Przekrój«.

Mit Genehmigung von Zachodnia Agencja Prasowa dem Buch von Kiryl Sosnowski »Dziecko w systemie hitlerowskim« entnommen.

Zeichnung von Avigdor Arikha.

Zeichnung von B. Skalka – von Mieczyslaw Kieta, Krakau, der Autorin übergeben.

H) Literaturverzeichnis

1. ABEGG, W., Das Kaspar Hauser-Syndrom. Der Psychologe, 1962, 12-16. Schwarzenburg (Schweiz).

2. ADELSBERGER, L., Auschwitz. Ein Tatsachenbericht, Berlin, Lettner-Verlag 1956. zit. nach (103).

3. ALEXANDER, F., Psychosomatische Medizin. 2. Aufl., Berlin und New York, De Gruyter 1971.

4. v. BAEYER, W., H. HÄFNER, K.P. KISKER, Psychiatrie der Verfolgten. Berlin, Göttingen, Heidelberg, Springer Verlag 1964.

5. dies. Zur Frage des symptomen freien Intervalls bei erlebnisreaktiven Störungen Verfolgter, in: (59).

6. BASTIAANS, J., Psychosomatische Gerolgen von onderdrukking en verzet, Amsterdam 1957. zit. nach (4).

7. BENSHEIM, H., Die KZ- Neurose rassisch Verfolgter. Nervenarzt 31, 462-469 (1960).

8. BOWLBY, J., Mutterliebe und kindliche Entwicklung. München, Basel, Reinhardt 1972.

9. CABAK, V., R. NAJDANVIC, Effect of undernutrition in early life on physical and mental development. Arch. Dis.Childh. 40 (1965), 532. zit. nach (71).

10. CHANDRA, R.K., Immunocompetence in undernutrition. Trop.Paed. 81 (1972), 1194. zit. nach (71).

11. CORRELL, W., Verhaltenspsychologische Grundlagen des programmierten Lernens (1964), in: Programmiertes Lernen, Hrsg. v. NICKLIS, W.S., Bad Heilbrunn, Klinkhardt-Verlag 1969.

12. DEUTSCHKRON, J., Denn ihrer war die Hölle, Köln, Verlag Wissenschaft und Politik 1965.

13. DICKHAUT, H.H., Dauerschäden nach Fleckfieberencephalitis, in: (32).

14. DOBBING, J., The influence of early nutrition on the development and myelination of the brain. Proc.roy.Soc. 159 (1963), 503. zit. nach (71).

16. DUTZ, W., E. ROSSIPAL, H. GHAVAMI, K. VESSAL, E. KOHOUT, Persistant cell mediated immune-deficiency following early infantile infection and malnutrition. Europ.J.Paed. 127 (1976), 117. zit. nach (71).

17. EBERMANN und MÖLLHOFF, Psychiatrische Beobachtungen an heimatvertriebenen Donaudeutschen. Nervenarzt 28, 411 (1957).

18. EITINGER, L., Psychiatrische Untersuchungsergebnisse bei KZ- Überlebenden, in: (32).

19. ENGEL, W., Reflections on the psychiatric consequences of persecution. Amer.J. Psychother. 26, 191 (1962).

20. FAUST, C., Hirnatrophie nach Hungerdystrophie. Der Nervenarzt 23, 406 (1952).

21. FREUD, A., S. DANN, An Experiment in Group Upbringing, in: Psychoanalytic Study of the Child, Vol. VI, 1951. International University Press, Inc. New York.

22. FREUD, S., Das Unbehagen in der Kultur, Ges.W. Bd. 14, S. 424, London, Image 1968.

23. GOETHE, J.W.v., Naturwissenschaftliche Schriften, Bd. III, hrsg. sowie mit Einleitungen, Fußnoten und Kommentaren versehen von R. STEINER, 1883-1897.

24. GOLDFARB, W., Emotional and intellectual consequences of psychologic deprivation in infancy, in: HOCH (Hrsg.): Psychopathology of childhood. New York 1955. zit. nach (8).

25. GÖLLNITZ, G., Die Bedeutung der frühkindlichen Hirnschädigung für die Kinderpsychiatrie. Stuttgart, Fischer 1973.

26. HALLMAN, N., J. CANTHIO, H. TÄHKÄ, R. PIIPART, Über zerebrale Spätsymptome nach schwerer Gastroenteritis im Säuglingsalter. Ann.Paediatr.Fem. Vol. 2, 31 und 94 (1956).

27. HAU, TH.F., Frühkindliches Schicksal und Neurose. Göttingen, Vaudenhoeck und Ruprecht, 1968.

28. dies. Psychische und psychosomatische Spätfolgen bei im Kriege geborenen Jugendlichen in (31).

239. HAU, TH.F., Strukturwandel der Neurosen Jugendlicher nach dem Kriege. Z.Psychother. med.Psychol. 15, 208 (1965).

30. HAU, E.M., Verschiedene Formen neurotischer Arbeitsstörungen im Jugendalter. Prax.Kinderpsych. 16, 128 (1967). zit. nach (27).

31. HELLBRÜGGE, TH., Zur Problematik der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge in Anstalten, in: OPITZ et al. (Hrsg.), Hdb.d.Kinderheilkunde, Bd. III, 1966.

32. HERBERG, H.J. (Hrsg.), Spätschäden nach Extrembelastungen. Herford, Nicolaische Verlagsbuchhandlung 1971.

33. KARLSSON, U., Postnatal Development of neuronal Structures. J. Ultrastrucure Research 17, 1967.

34. KLIMKOWA-DEUTSCHOWA, E., Neurologische und psychische Folgezustände des Krieges und der Verfolgung bei Kindern und Kugendlichen, in: (32).

35. KOGON, E., Der SS-Staat. Das System der deutschen Konzentrationslager. 1. Aufl., Berlin, Verlag des Druckhauses Tempelhof 1947.

36. KOLLE, K., Die Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung in psychiatrischer Sicht. Nervenarzt 29, 148-158 (1958).

37. KULKA, A., R.D. WALTER, C. FRY, Physiological Correlates of Mother-Infant-Interaction. Vortrag am Internationalen Kongreß für Kinderpsychiatrie Scheveningen 1962. zit. nach (53).

38. KULTUSMINISTERIUM Baden-Württemberg (Hrsg.), Fernstudium und Programmierter Unterricht in Baden-Württemberg, in der Schriftenreihe des KM Baden-Württemberg: Bildung in neuer Sicht, Reihe A, Nr. 12, 1968. zit. nach (46).

39. LANGE,COSACK, H., Spätschicksale atrophischer Säuglinge. Leipzig, Thieme Verlag 1939.

40. LEMPP, R., Frühkindliche Hirnschädigung und Neurose. 2. Aufl., Bern, Stuttgart, Wien, Huber 1970.

41. ders., Eine Pathologie der psychischen Entwicklung. 3. Aufl., Bern, Stuttgart, Wien, Huber 1975.

42. ders., Psychosen im Kindes- und Jugendalter - eine Realitätsbezugsstörung. Bern, Stuttgart, Wien, Huber 1973.

43. ders., Frühkindliche Hirnschädigung und Retardierung. Z.Menschl.Vererbungs- und Konstit.-Lehre 34, 624 (1958).

44. LEMPP, R., Die Bedeutung organischer und psychischer Insulte in Krieg und Verfolgung während der Kindheit und Jugend. In: (32).

45. LEMPP, R., H. WACKER, Anamnestische und katamnestische Untersuchungen über die Folgen der Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen und ihre Bewertung. Jahrbuch für Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete, Bd. V, S. 20-27 (Stuttgart 1967).

46. LEXIKON DER PÄDAGOGIK Band III, Herder 1971.

47. LIBUS-TYHURSE, Amer.J.Psychat. 107, 561 (1951).

48. LÖNNUM, A., Neurologische Störungen bei norwegischen Konzentrationslagerhäftlingen in (32).

49. LOOSLI-USTERI, M., Die Angst des Kindes. Schw.Z.Psychol. Beiheft 3, Bern (1948).

50. MACARDEE, D., Children of Europe. A Study of the children of liberated countries: their war - time experiences, their reactions, and their needs, with a note on Germany. London, Victor Gollancz 1949.

51. MATUSSEK, P., Die Konzentrationslagerhaft und ihre Folgen. Berlin, Heidelberg, New York, Springer 1971.

52. ders., Psychoreaktive Störungen bei ehemaligen KZ- Häftlingen, in: (32).

53. MEIERHOFER, M., W. KELLER, Frustration im frühen Kindesalter. Bern, Stuttgart, Wien, Huber 1966.

54. MITSCHERLICH, A., Die Unwirtlichkeit unserer Städte, Frankfurt, Suhrkamp 1967.

55. MÜLLER, R., Psychodiagnostische Beobachtungen und Untersuchungen bei psychisch kriegs- und nachkriegsgeschädigten Kindern. Prax. Kinderpsych. 3, 33 (1954).

56. NAU, E., CABANIS, D., Kaspar Hauser-Syndrom, MMW. 17, 929 (1966).

57. OSTERTAG, B., Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie, Bd. 1, Teil IV. Berlin, Heidelberg, New York, Springer 1956. zit. nach (40).

58. PAUL, H., Psychologische Untersuchungen 15 Jahre nach der Verfolgung in (59).

59. PAUL, H., HERBERG, H.J., Psychische Spätschäden nach Verfolgungseinflüssen in der Kindheit und Jugend, in: Bibl. "Vita Humana" vol. 2. "Psychische Spätschäden nach politischer Verfolgung". S. 179-206, Basel, New York, Karger 1963.

60. PAUL-RICHTER, J., Levana oder Erziehlehre, 1811. Neudruck: Bad Heilbrunn, Klinkhardt 1963.

61. PIAGET, J., B. INHELDER, Die Psychologie des Kindes. 2. Aufl., Olten, Walter 1972.

62. PIAGET, J., Das moralische Urteil beim Kinde. 2. Aufl., Frankfurt Suhrkamp 1976.

63. PIES, H., Kaspar Hauser. Eine Dokumentation. Ansbach, Brügel 1966.

64. PORTMANN, A., Zur Gehirnentwicklung der Säuger und des Menschen in der Postembryonalzeit. Bull.Schweiz.Akad.Med.Wiss. Vol. 13, 489 (1957).

65. ders., Biologische Fragmente zu einer Lehre vom Menschen. 2. Aufl., Schwabe, Basel 1951.

66. ders., Einführung in die vergleichende Morphologie der Wirbeltiere. Basel ,Stuttgart, Schwabe 1948.

67. RAUSCHNING, H., Gespräche mit Hitler. Zürich, Wien, New York, Europa Verlag 1940.

68. REMPLEIN, H., Die seelische Entwicklung im Kindes- und Jugendalter. 17. Aufl., München, Basel, Reinhardt 1971.

69. RIEMANN, F., Grundformen der Angst. München, Basel, Reinhardt 1961. zit. nach (27).

70. ROHEN, J.W., Funktionelle Anatomie des Nervensystems. Stuttgart, Schattauer 1971.

71. ROSSIPAL, E., W. DUTZ, E. KOHUT, H. GHAVAMI, K. VESSAL, Erwägungen zum Einfluß von intra-uterinen und frühkindlichen Ernährungsschäden auf die Immunsysteme und spätere Krankheitshäufigkeit. Immunität und Infektion 4, Nr. 5 (1976), 229-235.

72. SALK, L., The Effects of Normal Heartbeat Sound on the Behaviour of the newborn Infant. Implications for Mental Health. World Mental Health, London 1960. zit. nach (53).

73. SCHEFFLER, H., Untersuchungen der Kohlehydrat- und Wasserstoffwechselregulation bei Zuständen nach olimentären Mangelerkrankungen. Med.Klin. 1950, 1306.

74. SCHENCK, E.G., Das Problem der Voralterung nach einem Leben unter extremen Lebensverhältnissen. In: Extreme Lebensv-erhältnisse und ihre Folgen, Bd. VI, Bad Godesberg, (1964), S. 208 ff.

75. SCHINDLER, S., Seelische Traumen durch Kriegseinwirkungen als Dauerschädigung der Jugend. Prax Kinderpsych. 4, 113 (1955).

76. SCHMALOHR, E., Frühe Mutterentbehrung bei Mensch und Tier. München, Basel ,Reinhardt, 1968.

77. SCHULTE, W., Hirnorganische Dauerschäden nach schwerer Dystrophie. München, Berlin; Urban und Schwarzenberg 1953.

78. SCHULTE, W., R. TÖLLE, Psychiatrie. 2. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York; Springer 1973.

79. SHEPS, J., Organische Dauerschäden bei Überlebenden aus Konzentrationslagern in den Vereinigten Staaten, in: (32).

80. SILVERSTEIN, A.M., Immunological Maturation in the Fetus: Modulation of the Pathogenesis of Congenital Infectious Disease. Ontogeny of Acquired Immunity. Ciba Foundation Symposium. Associated Scientific Publ., Amsterdam 1972. zit. nach (71).

81. SINGH, Die Wolfskinder von Modnapore. Heidelberg, Quelle und Meyer, 1964.

82. SKINNER, B.F., Jenseits von Freiheit und Würde. Hamburg, Rowohlt, 1973.

83. ders., Verhaltenspsychologische Analyse des Denkprozesses, in: SKINNER, B.F./CORRELL, W.: Denken und Lernen, Braunschweig, Westermann 1967.

84. SMYTHE, P.M., M. SCHONLAND, G.G.BRERETON-STILES, H.M.COOVADIA, H.J. GRACE, W.E.K. LOENIG, A. MAPOYANE, M.A.PARENT, G.H. VOS, Thymolymphatic deficiency and depression of cell mediated immunity in protein calorie malnutrition. Lancet II (1971). zit. nach (71).

85. SPERRY, R., Scientific American, Nov. 1959, 68-75.

86. SPITZ, R., Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen. Stuttgart, Klett 1957.

87. ders., Vom Säugling zum Kleinkind. Stuttgart, Klett 1967.

88. STEINER, R., Die Philosophie der Freiheit (1894). 1. Aufl. der Taschenbuchausgabe Stuttgart, Freies Geistesleben 1967.

89. ders., Die Erziehung des Kindes vom Gesichtspunkt der Geisteswissenschaft (1907). Dornach Rudolf Steiner Verlag 1973.

90. STIRNIMANN, F., Das Kind und seine früheste Umwelt. Psychol. Praxis 6, 5-72, 1947.

91. STOCH, M.B., P.M. SMYTHE, Does undernutrition during infancy inhibit brain growth and subsequent intellectual development? Arch.dis.Childh. 38 (1963), 546.

92. STOTT, D.H., Physical and mental handicaps following a disturbed pregnancy. The Lancet 1957, S. 1006 ff.

93. STRAUSS, H., Besonderheiten der nichtpsychotischen seelischen Störungen bei Opfern der nationalsozialistischen Verfolgung und ihre Bedeutung bei der Begutachtung. Nervenarzt 28, 344-350 (1957).

94. SUTTRO, N., Jugend auf der Flucht, 1933-1948. Zürich, Europa-Verlag 1952. zit. nach (105).

95. Nach J. TAS, M.D., Amsterdam, Psychical Disorders Among Inmates of Concentration Camps and Repatriates. In: "The Psychiatric Quarterly", Vol. 25, pp. 679-690. Oktober 1951, State Hospital Press, Utica N.Y. - zit. nach (105).

96. THIELE, W., Wie sehen wir die sog."Vegetative Dystonie" heute?, in: (32).

97. TRAUTMANN, E.C., Psychiatrische Untersuchungen an Überlebenden der nationalsozialistischen Verfolgung 15 Jahre nach der Befreiung. Nervenarzt 32, 545-551 (1961).

98. TYNDEL, M., Beitrag zur Kasuistik und Psychopathologie der während der nationalsozialistischen Verfolgung geborenen Kinder, in: (32).

99. VALVERDE, F., Exp. Brain Research, Vol. 3,4 ff. (1967).

100. VENZLAFF, V., Die psychoreaktiven Störungen nach entschädigungspflichtigen Ereignissen. Berlin, Göttingen, Heidelberg; Springer 1958.

101. WANGH, M., Die Beurteilung von Wiedergutmachungsansprüchen der als Kleinkinder Verfolgten, in: (32).

102. WEIß, R.F., Psychasthenia postdystrophica persistens (Körperliche und seelische Dauerschäden nach Dystrophie). In: Extreme Lebensverhältnisse und ihre Folgen. Bd. VI Bad Godesberg (1964).

103. WEWETZER, K.H., Das hirngeschädigte Kind, Stuttgart, Thieme 1959.

104. WINICK, M., P. ROSSO, The effect of severe early malnutrition on cellular growth of the human brain. Pediat.Res. 3 (1969), 181.

105. WOLFFHEIM, N., Kinder aus Konzentrationslagern. Praxis der Kinderpsychologie 7, 302 ff (1958); 8, 20 ff. (1958), 9, 59 ff. (1959).

Lebenslauf

Am 9. Juni 1950 wurde ich, Armin Johannes Husemann, als Sohn der Dres. med. Gisbert Husemann und Maria Husemann, geb. Raczka, in Stuttgart geboren.

Nach dem Abitur, das ich am Georgii-Gymnasium Esslingen 1969 ablegte, begann ich Musik zu studieren an der Staatlichen Hochschule für Musik und Darstellende Kunst in Stuttgart.

Im Sommersemester 1971 begann ich an der Universität Freiburg Jura zu studieren. Nach zwei Semestern wurde ich zum Zivildienst einberufen, den ich in einem heilpädagogischen Institut (Heimsonderschule Föhrenbühl) ableistete. Der inzwischen gefaßte Entschluß, Medizin zu studieren, reifte durch die mir dort mögliche selbständige Betreuung von drei Jungen im Alter von 9-11 Jahren.

Im Wintersemester 1973/74 nahm ich in Tübingen das Medizinstudium auf.
Vom Wintersemester 1977/1978 - Wintersemester 1978/1979 studierte ich an der Universität Freiburg. Das praktische Jahr absolvierte ich am Bürgerhospital Stuttgart. Das medizinische Staatsexamen habe ich am 23. April 1980 an der Universität Tübingen abgelegt.